



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

*Propuesta de un programa de capacitación dirigido a personal de psicología de nuevo ingreso a unidades de atención primaria en adicciones.*

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**Licenciado en Psicología**

**P R E S E N T A:**

**Ernesto Jaloma López**

**DIRECTORA:**

**Mtra. Gabriela Romero García**

**SINODALES:**

**Dra. Ana María Bañuelos Márquez**

**Mtra. Ma. Teresa Gutiérrez Alanís**

**Dr. Carlos A. Alburquerque Peón**

**Mtra. Cecilia Montes Medina**



**Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2018**



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.

## ÍNDICE

Resumen	5
<b>Introducción</b>	<b>6</b>
I. Intentando salvar la brecha	6
II. De las vicisitudes del servicio público	8
III. Capacitación para el trabajo	10
IV. Sobre las competencias laborales	11
<b>Capítulo 1 É Epidemiología y clasificación de las sustancias psicoactivas</b>	<b>13</b>
1.1. Informe Mundial sobre las Drogas 2016 de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC)	14
1.2. Panorama Nacional	15
1.3. Encuestas en Hogares	16
1.4. Panorama Actual del consumo de sustancias en estudiantes de la Ciudad de México 2015	18
1.4.1. Tabaco	18
1.4.2. Alcohol	19
1.4.3. Otras drogas	21
1.5. Qué es una sustancia psicoactiva	25
1.6. Clasificación de las sustancias psicoactivas	26
1.6.1. Estimulantes del Sistema Nervioso Central	27
1.6.2. Depresores del Sistema Nervioso Central	28
1.6.3. Opioides	29
1.6.4. Alucinógenos	30
1.6.5. Cannabinoides	32
1.6.6. Inhalables o solventes volátiles	34
<b>Capítulo 2 - Definiendo el proceso adictivo</b>	<b>37</b>
2.1. Qué papel juegan los factores de riesgo en el proceso adictivo	39
2.2. Patrones de consumo	40

2.3.	Dependencia o adicción	43
2.4.	Tamizaje	44
	2.4.1. POSIT	45
	2.4.2. ASSIST	47
2.5.	Detección temprana. Método IDEAS	52
2.6.	Psicoeducación	55
<b>Capítulo 3- Intervenciones breves desde el enfoque cognitivo conductual</b>		<b>56</b>
3.1.	Antecedentes	56
3.2.	El enfoque cognitivo conductual en la prevención y control de las adicciones	57
3.3.	Paradigma cognitivo conductual: algunas evidencias de éxito	58
<b>Capítulo 4- Programas de Prevención y Atención primaria de las adicciones</b>		<b>63</b>
4.1.	La prevención y atención de las adicciones en México	65
4.2.	Qué es la atención primaria de la salud	66
4.3.	Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones	67
	4.3.1. Modelo de Atención UNEME CAPA	70
	4.3.2. Objetivos Específicos de la atención	70
	4.3.3. Estrategias	71
<b>Capítulo 5- Propuesta de capacitación para psicólogos no especializados de recién ingreso a las UNEME CAPA en la Ciudad de México</b>		<b>72</b>
5.1.	Planteamiento y justificación	72
5.2.	Procedimiento	73
5.3.	Formato de la capacitación	74
5.4.	Objetivos	75
	5.4.1. Objetivo general	75
	5.4.2. Objetivos particulares	75
5.5.	Contenidos	75
5.6.	Carta descriptiva	76
	5.6.1. Epistemología genética de Jean Piaget	76

5.6.2. Especificaciones de la de carta descriptiva	77
5.6.2.1. Nombre	77
5.6.2.2. Duración	77
5.6.2.3. Textos de apoyo	78
5.6.2.4. Objetivo General	78
5.6.2.5. Competencias	78
5.7. Evaluación del curso taller	79
5.8. Alcances y limitaciones	80

**Conclusiones** **81**

**Referencias bibliográficas** **83**

**Anexos**

**Anexo 1** Carta descriptiva

**Anexo 2** Cuadernillo para capacitación

**Anexo 3** POSIT

**Anexo 4** Directorio UNEME CAPA en la CDMX



## **Resumen**

Se trata de una investigación documental sobre la atención y prevención de las adicciones que incluye aspectos teóricos, científicos, técnicos, prácticos y humanos, con el objetivo de apoyar a los profesionales de la psicología recién egresados en su inserción al campo laboral dentro del sector público, mediante un programa de capacitación sobre nociones básicas de adicciones, a manera de curso propedéutico e inducción al servicio público, previo a la capacitación intensiva en los programas de tratamiento y dentro del marco de las competencias laborales.

Por lo tanto, el objetivo fundamental de esta tesina, es diseñar un curso taller de capacitación dirigido a personal de psicología no especializado de nuevo ingreso a las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones de la Ciudad de México a partir de la categorización propuesta por la Organización Mundial de la Salud de los elementos mínimos necesarios para promover la calidad de la atención primaria de salud, enfocado en la prevención y atención de las adicciones.

## **Introducción**

### **I. Intentando salvar la brecha**

Cerca de veinticinco años de experiencia laboral, nueve de los cuales se han desarrollado dentro de la prevención y atención de las adicciones en el servicio público, han permitido rescatar la importancia de estar atento a las necesidades, a veces poco explícitas, del equipo de trabajo del cual se forma parte con la finalidad de lograr un ambiente armonioso y productivo.

La motivación causada por la novedad de iniciar una carrera profesional y la inexperiencia en el campo laboral, pueden ocasionar que se pase por alto la deficiente inducción al puesto que caracteriza algunas instituciones públicas, si es que existe, y ocasiona que la motivación inicial se convierta en confusión al paso de los días. Definitivamente el ámbito laboral poco o nada tiene que ver con la universidad ni con todo lo que se aprende de los maestros.

Actualmente, se puede observar en los rostros de los profesionales recién egresados que inician su carrera profesional, esa motivación y compromiso que al paso de cierto tiempo se convierte en tedio y confusión porque nadie les ha explicado que la universidad dista mucho del campo laboral, ni mucho menos, les han hablado de las características del servicio público.

Antes que nada, tienen que familiarizarse con un cúmulo de instrucciones y directrices contenidas en los manuales de organización y procedimientos, con normas oficiales y con actividades que poco tienen que ver con la disciplina que estudiaron. El ejercicio administrativo y burocrático empieza a convertirse en la tortura suya de cada día. Tarde que temprano ese tedio y confusión se traducirá en resistencia y desgano, dirían los entendidos.



Surge entonces, la necesidad de elaborar un curso de capacitación que a partir de una investigación documental sobre la atención y tratamiento de las adicciones que incluyera aspectos teóricos, científicos, técnicos, prácticos y humanos, cubriera el objetivo de apoyar a los profesionales recién egresados en su inserción dentro del campo laboral, para intentar salvar la brecha que separa la academia del ejercicio profesional.

El presente trabajo, trata de contribuir en la formación de los profesionales de psicología que recién se integran al campo laboral dentro de las UNEME CAPA en particular, y de establecimientos del sector público dedicados a la prevención y atención de las adicciones en general, proponiendo un programa básico de capacitación sobre conceptos introductorios en adicciones y competencias laborales, que funja como curso propedéutico e inducción al servicio público antes de recibir una formación más completa sobre los programas de tratamiento.

Por lo tanto, el objetivo fundamental de esta tesina, es diseñar un curso taller de capacitación dirigido a personal de psicología no especializado de nuevo ingreso a las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones de la Ciudad de México a partir de la categorización propuesta por la Organización Mundial de la Salud de los elementos mínimos necesarios para promover la calidad de la atención primaria de salud, enfocado en la prevención y atención de las adicciones.

Como preámbulo, en el primer capítulo se ofrece un panorama epidemiológico del consumo de sustancias psicoactivas, a partir del trabajo desarrollado por el Dr. Jorge A. Villatoro Velázquez del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz para que los lectores puedan familiarizarse con la problemática que conlleva dicho fenómeno. Se continúa con la revisión de algunos conceptos básicos como el de sustancias psicoactivas y su clasificación.

Para el segundo, se pone de manifiesto el carácter de proceso que reviste al fenómeno del consumo de sustancias partiendo de la definición que aportan diferentes autores; el papel que juegan los factores de riesgo y los diferentes patrones de consumo en dicho

proceso, elementos útiles para analizar las diferentes etapas que lo componen: desde la abstinencia cuando no hay consumo, el uso habitual, sus fases intermedias de abuso y hasta la consolidación de una adicción. El capítulo finaliza disertando sobre la importancia de la detección temprana y las pruebas que se utilizan para saber en qué fase del proceso se encuentran los individuos, con la finalidad de orientar sobre las estrategias de atención correspondientes al resultado de las mismas.

El tercer capítulo, nos da la oportunidad de revisar los antecedentes del enfoque cognitivo conductual en la prevención y atención de las adicciones, una de las orientaciones psicoterapéuticas más eficaces y extendidas desde el punto de vista costo beneficio para los sistemas de salud pública donde se requiere de resultados medibles y cuantificables a corto plazo, sus fundamentos teóricos y la evidencia empírica que sustenta su aplicabilidad.

En el cuarto capítulo, se delinea brevemente la alineación normativa o marco legal que existe en México para la prevención y atención de las adicciones. Además, se ofrece información sobre algunos programas que actualmente se encuentran operando, las instituciones que participan y el caso particular de las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones.

En la quinta y última parte, se desarrolla una propuesta para capacitar personal de salud de nuevo ingreso a las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA), desde el enfoque de las competencias laborales, con el propósito de que cuente con los conocimientos básicos sobre adicciones a manera de curso propedéutico e inducción al servicio público.

## **II. De las vicisitudes del servicio público**

De acuerdo al Jurista Mauricio Yanome Yesaki, el servicio público puede considerarse como:

*%6 una actividad que se deriva de la función administrativa cuyos ejecutantes se apoyan en la obra pública existente, en su ampliación o en construcciones nuevas, para la continua, eficaz y regular satisfacción de un interés general o colectivo. Lo anterior, bajo los principios de continuidad, mutabilidad e igualdad de los usuarios+(Yanome, 2006, p. 6).*

Más adelante, el mismo autor citando en su obra al experto en derecho fiscal Dr. Narciso Sánchez Gómez<sup>1</sup>, comparte una definición de servidor público:

*%7 el régimen jurídico aplicable a todas las personas físicas que desempeñan un empleo, cargo o servicio público dentro de la organización propia de los Poderes del Estado, de tal manera que la gestión de esta elevada misión está constituida por el funcionamiento, distribución y estructura de las esferas de competencia entre los órganos que integran el gobierno de un país a quienes encomienda la realización de los fines que se propone alcanzar.+(Yanome, 2006, p. 7).*

La mayoría de las personas que hayan pasado por el servicio público, probablemente saben que la teoría no necesariamente define la práctica y de las carencias y limitaciones que se padecen al momento de gestionar los recursos mínimos necesarios para operar los diferentes programas. Dichas limitaciones pueden obedecer a situaciones económicas, administrativas, sociales, coyunturales, políticas y burocráticas.

Por lo anterior, es importante que cualquier profesional que decida optar por el servicio público, tenga presente que su productividad puede ser medida de acuerdo a la situación que prevalezca, desde la calidad en la aplicación de un modelo de atención determinado hasta el impacto que tiene en la población o el número de atenciones que brinda por día. Asimismo, en muchas ocasiones se debe trabajar con los recursos disponibles que no siempre son los ideales, además de ajustarse a una cantidad considerable de formatos y bases de datos para reportar sus actividades.

Asimismo, deben familiarizarse con los manuales de procedimientos y organización de los diferentes niveles involucrados, normas oficiales, reglamentos y demás estatutos que orientan su labor.

---

<sup>1</sup> Sánchez Gómez, Narciso, Primer curso de derecho administrativo, México, Porrúa, 2003, p. 379.

Por último, un pequeño párrafo a manera de reflexión:

La rendición de cuentas es un deber ético de toda persona servidora pública, es así como el principio y obligación de publicidad menciona que la información manejada por las y los servidores públicos no pertenece a ellos sino a los ciudadanos. Por lo tanto, toda información ha de estar, en principio, abierta al escrutinio y control de los ciudadanos. Incluso, en los casos en que sea necesario reservar algún tipo de información, esto sólo se podrá hacer conforme a lo dispuesto por una norma legal y no por la decisión arbitraria de un servidor público (eapdf<sup>2</sup>, 2017).

### **III. Capacitación para el trabajo**

Ante un escenario donde la gestión de información se torna indispensable, apremiante y vertiginosa, conformando de manera indisoluble el éxito de una organización al permitir su constante renovación interna y vinculación con el exterior, es imperativo encontrar e implementar mecanismos que garanticen resultados exitosos en este dinámico entorno.

En tanto las personas son esenciales para el éxito de la organización, es preciso capacitarlas permanentemente para evitar rezagos, ya que ésta depende cada vez más del conocimiento, habilidades y destrezas de sus trabajadores. Cuando el talento de los empleados es valioso, especializado y sobre todo organizado, una institución puede alcanzar ventajas competitivas que se apoyan en las personas. Por esto la razón fundamental de por qué capacitar a los trabajadores otorgándoles los conocimientos, actitudes y habilidades que se requieren para lograr un desempeño óptimo (Salud, 2006b).

De manera particular, se precisa que la atención de las adicciones, encaminada a satisfacer la demanda pública, se sustente en una teoría científica que a través de la evidencia demuestre sólidamente la efectividad de la misma, y por ende, que se cuente con el personal capacitado.

---

<sup>2</sup> Escuela de Administración Pública del Distrito Federal (eapdf) <http://www.eapvirtual.df.gob.mx/virtual/>

Por lo tanto, la aguda revisión y análisis de algunos conceptos básicos relacionados con el proceso adictivo, y con las competencias básicas para el buen desempeño profesional, permitirá partir de una misma base para comprender el fenómeno homogénea e integralmente, lo que puede garantizar la equidad en la atención al promoverse que todo usuario reciba la misma información marcando la diferencia entre el éxito y el fracaso en la atención.

Con lo anterior se pretende contribuir a garantizar la equidad en el acceso a los servicios y la eficiencia en el uso de los recursos de salud, con un fuerte énfasis en la atención preventiva en las poblaciones menos favorecidas, por lo que una vez más, se reitera la importancia de contar con recursos humanos debidamente capacitados en beneficio de la población afectada.

#### **IV. Sobre las competencias laborales**

Cuando se habla de competencias laborales es importante considerar las diferentes dimensiones que se ponen en juego al momento del desempeño profesional para asegurar un buen logro: un conjunto de conocimientos determinados sobre una materia en específico *-saber-*, las habilidades con las que se cuenta para aplicar ese conocimiento *-saber hacer-* y la actitud que se tiene en torno a dicho desempeño *-saber estar y querer hacer-* (Sagui-Vela, 2004).

Asimismo, es importante abordar la capacidad para desempeñar efectivamente una actividad de trabajo movilizand los conocimientos, habilidades, destreza y comprensión necesarios para lograr los objetivos y solucionar situaciones contingentes o problemas que surjan durante el trabajo (Vargas, Casanova y Montanaro, 2001).

No se puede omitir la consideración de que las características subyacentes en los individuos, entendidas éstas como los rasgos de personalidad que afectan la manera de comportarse ante diferentes situaciones laborales, están causalmente relacionadas a un estándar de efectividad (Alles, 2000).

A partir de las diversas definiciones se concluye que las competencias se refieren a las características permanentes · conocimientos, actitudes y habilidades· que la persona demuestra al momento de realizar con éxito una actividad de cualquier índole (OPS, 2007).

## Capítulo 1 È Epidemiología y clasificación de las sustancias psicoactivas

El consumo de drogas o sustancias psicoactivas, favorece la presencia de enfermedades, accidentes, discapacidades y se asocia con la disminución de años de vida productivos y muerte prematura (Echeverría, Carrascoza y Reidl, 2007). La vigilancia epidemiológica del consumo de drogas se ha monitoreado a partir de múltiples fuentes (sistemas de información en drogas, encuestas poblacionales, encuestas en grupos específicos, sistematización de la información proveniente de la atención, investigaciones, diagnósticos, etc.), proporcionando cada una un tipo de información privilegiada que obedece a un momento específico, pero que sirve para enriquecer el panorama completo y es fuente importante de sistematización para la elaboración de programas preventivos y de atención de las adicciones (Villatoro y Cols., 2015).

En México, a nivel nacional, existe el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas<sup>3</sup> (OMEXTAD), que dentro de sus funciones primordiales están la integración y monitoreo de la información proveniente de las diversas fuentes.

En la Ciudad de México, se cuenta con el Observatorio Especializado<sup>4</sup> (OE) en Sustancias Psicoactivas, a cargo del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA).

A nivel continental, tanto en América como en Europa, se cuenta con el Observatorio Interamericano de Drogas y con el Observatorio Europeo de Drogas.

Con base en lo anterior, y en los datos aportados por el Dr. Jorge A. Villatoro Velázquez del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, se ofrece un panorama del consumo de drogas de acuerdo a los datos que arrojan las distintas fuentes, sobre todo, en población joven por ser esta la edad que marca el inicio del consumo (Villatoro, Oliva, Mujica, Fregoso, Bustos, & Medina-Mora, 2015).

---

<sup>3</sup> [www.omextad.salud.gob.mx](http://www.omextad.salud.gob.mx)

<sup>4</sup> [www.oe.iapa.df.gob.mx](http://www.oe.iapa.df.gob.mx)

## **1.1 Informe Mundial sobre las Drogas 2016 de la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC)**

Se estima que hasta el año 2014, uno de cada veinte adultos, es decir, 250 millones de personas, consumieron alguna droga en el último año. Más de 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionados con ellas, y 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% viven con el VIH, el impacto del consumo de drogas en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador (UNODC, 2016).

De manera general, en la población mundial entre 15 y 65 años de edad, los hombres son dos o tres veces más propensos al uso de sustancias que las mujeres, con sus respectivas diferencias para cada país.

Los datos resaltan que en la actualidad el uso de alcohol entre hombres y mujeres jóvenes es similar. Al respecto el Informe sobre la Situación Mundial del Alcohol y Salud 2014, menciona que en las regiones pertenecientes a la OMS, las mujeres se abstienen al consumo de alcohol en mayor medida que los hombres; sin embargo, estas diferencias se hacen menores en América, África y Europa.

A nivel mundial, aproximadamente 16 por ciento de los consumidores mayores de 15 años presentaron consumos episódicos de alcohol; es decir, consumen 60 gramos o más de alcohol puro (6 tragos estándar en la mayoría de los países) al menos en una ocasión en los últimos 30 días.

Cabe resaltar, que el uso nocivo del alcohol se encuentra entre los cinco principales factores de riesgo para la enfermedad, la discapacidad y la muerte en todo el mundo. En 2012, el 5.9 por ciento del total de muertes a nivel mundial (3.3 millones) se debieron al consumo de esta sustancia.



La población adolescente (15 y 19 años) de las regiones de América (52.7 por ciento), Europa (69.5 por ciento) y del Pacífico Occidental (37.3 por ciento) registraron las mayores prevalencias de consumo en el *último mes* y estuvieron por arriba del promedio mundial (34.1 por ciento). Globalmente, los episodios de consumo alto de alcohol fueron más frecuentes entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad que entre la población total. Los mayores porcentajes de abuso de alcohol entre los jóvenes se presentan en Europa (40 por ciento), América (29.35 por ciento) y la región del Pacífico Occidental (18.3 por ciento).

Por lo general, en todas las regiones pertenecientes a la OMS, las mujeres se abstienen en mayor medida de consumir alcohol a lo largo de su vida, en promedio beben menos que los hombres y tienen menos episodios de abuso de alcohol; sin embargo, estas diferencias entre sexos se hacen menores en las regiones de América, África y Europa.

El Informe Mundial sobre las Drogas, encontró un aumento en el uso de marihuana a nivel internacional, pero también concluyó que en jóvenes de 12 a 17 años el consumo de drogas ilegales en el último año tuvo el menor índice en los últimos 10 años.

Por otro lado, el informe del Observatorio Interamericano de Drogas (OPS, 2011), de manera semejante, indica un aumento en el consumo de marihuana en los países que la conforman y señaló al éxtasis como una de las sustancias con mayor consumo entre estudiantes jóvenes.

Tanto el Informe Mundial sobre Drogas (UNODC, 2016) como el Informe del Observatorio Interamericano de Drogas (OPS, 2011) ubicaron a Estados Unidos como la región con mayor prevalencia de consumo de marihuana.

## **1.2. Panorama Nacional**

En referencia al consumo de drogas, las encuestas de adicciones, muestran el aumento que se presenta entre los jóvenes de 12 y 17 años. Asimismo, en los estudios realizados

en población escolar, la mariguana es la sustancia que muestra el mayor incremento en su consumo (Villatoro y cols., 2015).

También los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones SISVEA (Salud, 2016), han dado cuenta de la posición que ocupan la mariguana e inhalables como droga de inicio entre las personas que acuden a tratamiento y de la mariguana como la principal droga de consumo después del alcohol, lo cual es consistente con otros sistemas de información como el de Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el El Sistema de Reporte de Información en Drogas del Instituto Mexicano de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz (SRID).

### **1.3. Encuestas en Hogares**

La Encuesta Nacional de Adicciones 2011<sup>5</sup> (Villatoro y cols., 2012) encontró en adolescentes de 12 a 17 años, una prevalencia de fumadores *en el último año* de 12.3 por ciento, correspondiente a 1.7 millones de personas, el 16.4 por ciento de hombres y el 8.1 por ciento de mujeres. Este porcentaje se constituyó en su mayoría por *fumadores ocasionales* con un 10.4 por ciento, aquellos que han fumado en el último año, pero que no fuman diario, y 2 por ciento de *fumadores diarios*. Con relación al 2002, en la población total el *consumo en el último año* en esta población pasó de 9.0 por ciento a 12.3 por ciento, sólo en el caso de las mujeres el aumento fue estadísticamente significativo pasando de 3.7 por ciento en 2002 a 8.1 por ciento en 2011.

Para 2011 con respecto a las diferentes regiones, el mayor índice de fumadores adolescentes activos se encontró en la Ciudad de México (20 por ciento), seguido por la región Occidental<sup>6</sup> (16 por ciento) y la región Centro<sup>7</sup> (14.6 por ciento). Los adolescentes que fuman diariamente iniciaron su consumo en promedio a los 14.1 años, edad que

---

<sup>5</sup> A pesar que un adelanto de los datos arrojados por la Encuesta de Consumo de Droga, Alcohol y Tabaco ENCODAT 2016-2017 fueron presentados por autoridades de la Secretaría de Salud, la publicación de la información completa aún no está disponible al momento de elaborar el presente documento, por lo tanto, se utilizó la información de la última disponible correspondiente a 2011.

<sup>6</sup> Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit.

<sup>7</sup> Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro, Guanajuato.

resultó similar en hombres y mujeres. El consumo diario en estos adolescentes fue de 4.1 cigarrillos al día.

El consumo *alguna vez de drogas ilegales* mostró un aumento estadísticamente significativo, pasando de 1.3 a 2.9 por ciento en el periodo comprendido entre 2002 y 2011. Para el segmento de 12 a 17 años, la marihuana fue la droga más consumida (2.4 por ciento), seguida de los inhalables y la cocaína (0.9 por ciento y 0.7 por ciento respectivamente).

La ENA 2011 establece que la *prevalencia de drogas ilegales en el último año*, fue de 1.5 por ciento, porcentaje similar al de 2008. En general, las prevalencias de consumo fueron bajas; la marihuana fue la sustancia ilegal de mayor consumo con 1.3 por ciento, le sigue la cocaína y los inhalables con porcentajes muy similares (0.4 por ciento y 0.3 por ciento respectivamente). Lo anterior prevaleció tanto en hombres como en mujeres y en población urbana.

Al analizar los datos por regiones en población de 12 a 17 años, la región Norte<sup>8</sup> del país presenta las prevalencias más altas, 2.6 por ciento para drogas ilegales, especialmente en comparación con la región Sur<sup>9</sup>, en donde el consumo de drogas ilegales fue de sólo 0.9 por ciento. En la región central del norte<sup>10</sup> de la república, se presentó un decremento en el consumo de marihuana de 1.7 por ciento a 0.8 por ciento, mientras que en el resto de las regiones el consumo de esta sustancia se mantuvo estable tendiendo a la alza.

En lo que respecta al consumo de estimulantes tipo anfetamínico, en la población adolescente de la región Nororiental (Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí) se detectó una importante prevalencia de 0.9 por ciento mientras que en 2008 el consumo fue mínimo.

---

<sup>8</sup> Coahuila, Chihuahua, Durango, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí.

<sup>9</sup> Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco.

<sup>10</sup> Coahuila, Chihuahua y Durango.

## **1.4. Panorama Actual del consumo de sustancias en estudiantes de la Ciudad de México 2015**

Las investigaciones sobre el consumo de drogas en población escolar de la Ciudad de México, se remontan a la segunda mitad de la década de los setentas<sup>11</sup>.

Son ejemplo tangible de la estrecha colaboración entre el Sector Salud y el Sector Educativo, mismo que ha permitido un monitoreo permanente y constante del consumo de drogas y de conductas asociadas al consumo en población escolar de secundaria y bachillerato.

A lo largo de los años, se han observado cambios en las preferencias de las sustancias, como el consumo de marihuana que en décadas anteriores ocupaba el primer lugar, para luego ser desplazado por los inhalables durante casi dos décadas. En los noventas, el consumo de marihuana recuperó el primer lugar, pero también se registró un crecimiento importante en el consumo de cocaína y el alcohol y tabaco se feminizaron, es decir, las prevalencias de consumo en mujeres aumentaron considerablemente, casi a la par de sus congéneres masculinos en edades escolares. A continuación se ofrecen los datos de la encuesta más reciente.

### **1.4.1. Tabaco**

El consumo de tabaco *alguna vez*, se presenta en el 40.6 por ciento de los estudiantes; en hombres y mujeres, la prevalencia es similar (41.3 por ciento y 39.9 por ciento, respectivamente); Este consumo, también se mantuvo estable respecto a la medición de 2012 (42.1 por ciento hombres y 39.9 por ciento mujeres).

En tanto, el consumo de tabaco en los *últimos 30 días* se incrementó significativamente de 2012 a la medición actual, en los hombres pasó de 16.2 por ciento a 20.5 por ciento, y en las mujeres de 13.5 por ciento a 17.6 por ciento.

---

<sup>11</sup> De acuerdo al Dr. Jorge Villatoro, la primera se remonta al año de 1976.

Al analizar el consumo de tabaco *alguna vez* por *nivel educativo*, el porcentaje de usuarios en secundaria es menor (22.7 por ciento) en comparación con los de bachillerato (59.7 por ciento). Esta tendencia se mantiene hasta el consumo en los *últimos 3 días*.

Al considerar la edad de los adolescentes, el porcentaje de estudiantes de 18 años o más que tiene un *consumo de tabaco en los últimos 30 días*, es 6 veces mayor que los que tienen 14 años o menos; en tanto que en el grupo de 15 años de edad, se observa un poco más del triple de fumadores en el último mes que el de quienes tienen 14 años o menos (23.1 por ciento y 7.4 por ciento, respectivamente).

Si se analizan los datos de consumo total de tabaco de los estudiantes en relación con la escolaridad de su papá, el porcentaje de fumadores es ligeramente mayor en quienes tienen un papá con escolaridad de primaria o menor, mientras que para el consumo en el último año y en el último mes, la escolaridad del papá no genera diferencias.

En relación con la escolaridad de la mamá, el consumo de tabaco es similar en los estudiantes cuya mamá tiene una escolaridad de primaria o menor y en quienes indican que su mamá tiene una escolaridad de secundaria o mayor.

Las delegaciones más afectadas por el *consumo de tabaco en los últimos 30 días* son Coyoacán (24.7 por ciento) y Azcapotzalco (24.4 por ciento), ya que presentan un consumo significativamente mayor a la prevalencia de la Ciudad de México (20.5 por ciento); en tanto, la delegación Tlalpan (15.1 por ciento) tiene un consumo menor a esta prevalencia.

#### **1.4.2. Alcohol**

El 66.6 por ciento de los adolescentes ha consumido alcohol *alguna vez en su vida* y un 37.6 por ciento lo ha consumido *en el último mes*. Por sexo, se observa que tanto mujeres como hombres resultan afectados de manera similar. Exceptuando el consumo

*excesivo de alcohol*<sup>12</sup> las mujeres presentan un consumo por encima de los hombres aunque sin ser significativo.

Con respecto al nivel educativo, en los estudiantes de bachillerato se presentan porcentajes de consumo de alcohol casi 2 veces mayores que en los estudiantes de secundaria; en cuanto al *consumo excesivo*, en estudiantes de bachillerato es casi 3 veces mayor que en los de secundaria. Asimismo, el porcentaje de adolescentes de secundaria que ha consumido alcohol *durante el último mes* es de 23.1 por ciento, y para los de educación media superior incrementa a 53 por ciento.

Respecto al consumo de alcohol por edad, el porcentaje de adolescentes de 14 años o menos que ha consumido alcohol *alguna vez* es de 49.9 por ciento y en quienes tienen 18 años o más es de 91.5 por ciento; observándose un incremento constante conforme mayor es la edad.

Por otro lado, *el consumo durante el último mes* de alcohol es similar en los adolescentes cuyo papá tiene una escolaridad de secundaria o superior (37.8 por ciento), comparados con los estudiantes cuyo padre tiene una escolaridad menor (38.6 por ciento).

*El consumo en el último mes* de alcohol de los adolescentes, es similar cuando la mamá tiene una escolaridad de secundaria o mayor (38 por ciento), en comparación con los casos en que esta tiene una escolaridad de primaria o menor (38.1 por ciento).

Los resultados globales para la Ciudad de México indican que el 20.9 por ciento de los estudiantes *consumió 5 copas o más en una sola ocasión* durante el mes previo al estudio, porcentaje similar al reportado en 2012 (22.5 por ciento). A su vez, se observa que el *consumo excesivo* de alcohol es similar en todas las delegaciones.

---

<sup>12</sup> 5 o más copas por evento.

Por nivel educativo, los estudiantes de bachillerato de Tlalpan (41.6 por ciento), Magdalena Contreras (39.9 por ciento) y Cuajimalpa (39.4 por ciento), tienen prevalencias de *consumo excesivo* de alcohol por arriba de la prevalencia de la Ciudad de México (30.7 por ciento).

### **1.4.3. Otras drogas**

La prevalencia total de consumo de drogas es de 26.6 por ciento, porcentaje similar con respecto a la medición de 2012 (24.4 por ciento). En tanto, para este estudio, el consumo en el *último año* y en el *último mes* es de 19.2 por ciento y 10.9 por ciento, respectivamente.

Por sexo, el consumo de cualquier droga *alguna vez en la vida* es similar en los hombres (27.8 por ciento) comparados con las mujeres (25.3 por ciento). De la población total, el 16.4 por ciento es usuario experimental y el 10.1 por ciento es usuario regular (ha usado drogas en más de 5 ocasiones).

Así también, los hombres (11.7 por ciento) presentan una prevalencia similar a la de las mujeres (10.2 por ciento) en el consumo del *último mes*.

Para las drogas médicas (tranquilizantes, anfetaminas y sedantes), el consumo es mayor en las mujeres; en tanto, el consumo de drogas ilegales (mariguana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, metanfetaminas y heroína) es mayor en los hombres, con porcentajes más altos que los reportados en drogas médicas.

Por nivel educativo, el consumo total de sustancias es mayor en los estudiantes de bachillerato (36.8 por ciento), en comparación con los de secundaria (17 por ciento).

Por lo que respecta al consumo *alguna vez* por tipo de sustancia, la mariguana (19.6 por ciento) ocupa el primer lugar de preferencia en los adolescentes, seguida de los inhalables (7.6 por ciento) y la cocaína (5.6 por ciento). Las tendencias indican una

disminución significativa en el consumo de inhalables con respecto a la medición anterior, mientras que el consumo de marihuana continúa aumentando y el de cocaína se mantiene estable.

En el caso de las drogas médicas *alguna vez*, los tranquilizantes tienen la mayor preferencia (4.8 por ciento). Cuando se analizan estas tendencias según sexo y considerando el consumo *alguna vez*, tanto en hombres como en mujeres, se mantiene estable el uso de tranquilizantes y anfetaminas, con respecto a los datos obtenidos en 2012.

Al comparar el *consumo en el último año* de drogas ilegales con la medición anterior, las mujeres reportan un incremento significativo en el consumo de marihuana (12.7 por ciento), un consumo similar de cocaína (2.7 por ciento) y una disminución significativa en el consumo de inhalables de 6.2 por ciento en 2012 a 4.7 por ciento en 2014.

La prevalencia de consumo de inhalables *durante el último año* en los hombres, es similar a la de las mujeres; mientras que el consumo de marihuana y cocaína es mayor en los hombres. Respecto a la medición de 2012, en los hombres, el consumo de marihuana se mantiene estable y el de cocaína incrementó significativamente, en tanto que el de inhalables ha disminuido desde 2009.

Por sexo, las drogas de preferencia en las mujeres son: la marihuana (17.2 por ciento), seguida de los inhalables (8.2 por ciento), los tranquilizantes (5.5 por ciento), la cocaína (4.6 por ciento) y las anfetaminas (3.5 por ciento). En tanto, para los hombres son: la marihuana (22 por ciento), los inhalables (7.1 por ciento), la cocaína (6.6 por ciento), los alucinógenos (4.7 por ciento), los tranquilizantes (4.1 por ciento) y las metanfetaminas (3.8 por ciento). Adicionalmente, es importante destacar que la prevalencia de hombres que ha probado alguna vez crack, es de 3 por ciento.

Por nivel educativo, los estudiantes de bachillerato consumen principalmente marihuana (30.1 por ciento), inhalables (8 por ciento), cocaína (7.7 por ciento), alucinógenos (6.3 por ciento), tranquilizantes (6 por ciento) y metanfetaminas (5.0 por ciento). En



secundaria, se mantiene el orden de preferencia para la marihuana (9.8 por ciento) y los inhalables (7.3 por ciento), en tercer lugar los tranquilizantes (3.8 por ciento), seguidos por la cocaína (3.6 por ciento) y las anfetaminas (2.7 por ciento).

Con relación a la edad y el *consumo de drogas en el último año*, se observa a la marihuana como la principal sustancia utilizada en edades de 14 años o menos, cuyo consumo incrementa más del doble hacia los 15 años y esta tendencia continúa hasta los 18 años o más, en donde el consumo llega a ser casi 4 veces mayor en comparación con el grupo de 14 años y menores. En tanto, los inhalables, la segunda droga más mencionada entre los estudiantes de 14 años o menos, tienen un porcentaje relativamente estable a lo largo de todas las edades. A su vez, en el consumo de cocaína y tranquilizantes; no se presentan variaciones significativas en relación con la edad.

Para el *consumo de drogas en el último año*, la prevalencia de inhalables es mayor entre los estudiantes cuyo padre tiene una escolaridad de primaria o menor, en comparación con los alumnos que tienen un padre con escolaridad de al menos secundaria, mientras que para las demás sustancias se presentan de manera similar.

En cuanto a la escolaridad de la mamá, el consumo de cocaína, tranquilizantes y anfetaminas es sutilmente mayor en los adolescentes cuya mamá tiene estudios de secundaria o más y el consumo de marihuana e inhalables es más alto en los adolescentes cuya mamá tiene estudios de primaria o menores.

La delegación más afectada por el uso de marihuana en el último año es Azcapotzalco (19.6 por ciento); mientras que Tlalpan (10.3 por ciento) tiene un consumo menor al promedio de la Ciudad de México.

En cuanto al *consumo de cocaína en el último año*, todas las delegaciones tienen un consumo similar al de la ciudad, situación que se repite con el consumo de inhalables.

Finalmente, en cuanto al *consumo de tranquilizantes en el último año*, la delegación Iztacalco tiene una prevalencia de 4.8 por ciento que está por arriba de la media de la Ciudad de México, mientras que Cuajimalpa y Xochimilco se encuentran por debajo del promedio con 2.2 por ciento y 1.9 por ciento, respectivamente.

En relación a otras sustancias, los datos de este estudio indican que el 2.4 por ciento de los estudiantes ha consumido éxtasis y un 0.8 por ciento cristal.

Los usuarios que han experimentado con éxtasis y cristal, son principalmente hombres y mujeres de entre 17 y 18 años o mayores y del nivel educativo de bachillerato. El mayor consumo de éxtasis corresponde a los estudiantes cuyos padres tienen un nivel educativo mínimo de secundaria, mientras que para el consumo de cristal el nivel de escolaridad del padre no hizo la diferencia.

De los datos aquí presentados se concluye, como se mencionó en el apartado III sobre las UNEME CAPA, que la prevención sigue siendo el punto clave en la atención de las adicciones, ya que de acuerdo a las cifras mostradas la mayoría de las personas no han consumido o no usan habitualmente sustancias psicoactivas y de aquellas que han iniciado el consumo, un porcentaje moderado ha desarrollado un consumo problemático y menos aun dependencia.

Sin embargo, de acuerdo a la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, los retos que se presentan deben ser abordados sin contratiempo, ya que los últimos datos arrojan evidencia sobre la disminución en la edad de inicio de consumo, la feminización de éste en adolescentes, cuando habitualmente las mujeres se mantenían al margen ahora consumen a la par de sus congéneres masculinos como en el caso del alcohol y tabaco o presentan mayor consumo en inhalables y drogas de uso médico, y el repunte de algunas sustancias que habían disminuido su incidencia como la marihuana. Además de los problemas asociados al consumo como se mencionó al inicio de este apartado que se ven reflejados en la saturación de los servicios de salud mental y médicos por los accidentes

y consecuencias del consumo, disminución de años de vida y aumento de los años de vida con discapacidad en población económicamente activa (ENCODAT, 2017).

### **1.5. Qué es una sustancia psicoactiva**

Es frecuente que en la literatura sobre adicciones, encontremos una variedad de términos para referirse a las sustancias que provocan una adicción, y que algunos autores los utilicen indistintamente, lo que dificulta la comprensión del fenómeno.

¿Cómo deben llamarse? ¿Drogas? ¿Fármacos? ¿Estupefacientes? ¿Sustancias psicoactivas? ¿Todos estos términos significan lo mismo y pueden usarse como sinónimos?

Otro nivel de dificultad surge, cuando se intenta clasificar las sustancias, ya que la clasificación de las mismas puede obedecer a criterios legales, farmacológicos, químicos o administrativos. Así que, para garantizar un mínimo de confiabilidad en la atención de los usuarios, es importante manejar el mismo tipo de información, por lo que revisar algunos conceptos básicos resulta fundamental para homologar términos y definiciones involucradas en el proceso adictivo.

En su publicación *Los Efectos de las Drogas. De sueños y pesadillas* la Doctora Silvia L. Cruz Martín del Campo (Cruz, 2014), ofrece una discusión interesante sobre la utilidad del término *sustancia psicoactiva*, en la cual concluye que es conveniente su utilización para una mejor comprensión del fenómeno adictivo, ya que a diferencia de otros, como droga, fármaco, enervante o estupefaciente, dicho término, ofrece una categorización circunscrita a los cambios que las drogas producen en el Sistema Nervioso y a sus efectos relacionados y no solamente a lo químico, farmacológico o legal, además de que aún no se ha denostado como algunos otros términos. Lo mismo sucede cuando se revisan las publicaciones de los principales organismos internacionales y locales sobre salud y atención de adicciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), sostiene que *el* término de sustancia psicoactiva y su equivalente sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el

grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas+ (p. 59). Para la Comisión Nacional Contra las Adicciones, el empleo del sustancias psicoactivas está implícito en las Líneas de Acción del Programa de Prevención y Atención de las Adicciones 2015-2018 (Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2015). Lo mismo sucede con el Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones de la Ciudad de México (Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, 2014; Morales y Chávez, 2013; Barragán y Gordillo, 2013).

En general, estos diferentes autores coinciden en afirmar que el término de *sustancias psicoactivas* permite entender que una droga al ser administrada, por las diferentes vías (oral, inhalada, inyectada), afecta la percepción, las emociones o el estado de ánimo y que en determinadas situaciones, su consumo sostenido, puede llevar a una dependencia o adicción.

## **1.6. Clasificación de las sustancias psicoactivas**

Existen diferentes maneras de clasificar las sustancias psicoactivas, dependiendo el criterio desde el cual se realice su categorización (informal, legal, jurídica, médica, control sanitario, vigilancia epidemiológica, farmacológica). Para el presente documento y con base en la definición propuesta en el numeral anterior, se considerará la relacionada con los cambios y efectos que provocan a nivel de percepciones, emociones y estado de ánimo, y por los efectos que tienen las sustancias sobre el funcionamiento del Sistema Nervioso Central, es decir, la farmacológica, que dicho sea de paso es la clasificación que recomiendan los principales organismos que promueven el estudio de las drogas (Cruz, 2014; Fernández, 2014; Secretaría de Salud, 2008).

Para los consumidores, generalmente, la mayoría de los efectos que ocasiona la ingestión de sustancias psicoactivas pasan inadvertidos, ya que pueden variar desde un leve estado de euforia hasta el aturdimiento. El consumo de sustancias afecta las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente del grado de intoxicación logrado. Sin embargo, el tipo y la magnitud de sus efectos son un fenómeno

complejo, ya que dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo. Es por eso, que factores como el estado emocional, el sexo, la edad y la talla o la frecuencia, cantidad y expectativas del consumo determinen la calidad y cantidad de los efectos que produce el consumo de sustancias psicoactivas (CONADIC, 2010; OEA, 2013).

### **1.6.1. Estimulantes del Sistema Nervioso Central**

Estas sustancias alteran el nivel basal de funcionamiento del SNC provocando un incremento en el estado de alerta, mejoría en el estado del ánimo, privación de sueño, aumento de energía, falta de apetito y adicción. Cabe mencionar que varios de estos compuestos no sólo son estimulantes sino que además producen cambios importantes en la percepción, por lo que forman un grupo especial, el de los estimulantes-alucinógenos (Cruz, 2014, OMS, 2005).

También, aumentan la lucidez, la sensación de bienestar y la euforia, la actividad motora, la sensación de vigor y la capacidad sexual. Sin embargo, junto a los efectos anteriores son frecuentes la ansiedad, paranoia e inquietud. Se puede incrementar artificialmente el rendimiento atlético en deportes en los que se requiere atención y resistencia. Con una dosis excesiva se presentan temblores, convulsiones y una mayor temperatura corporal. Durante una sobredosis de drogas estimulantes puede ocurrir taquicardia, hipertensión, infarto al miocardio y hemorragias cerebrovasculares. Conforme disminuyen los efectos de la droga, el usuario se siente disfórico, cansado, irritable y levemente deprimido, lo que puede incitar de nuevo al uso de la droga para recuperar la experiencia anterior (O'Brien, 2001)

Las drogas de este grupo mimetizan los efectos de los neurotransmisores excitadores, y la activación del sistema nervioso simpático aparece concomitantemente con los efectos sobre la conducta preparando al organismo para reaccionar frente a estímulos amenazantes del entorno mediante la agresión o la huida, dando como resultado, aunque por diferentes mecanismos, un aumento en la disponibilidad de varias

sustancias estimulantes como la noradrenalina, la adrenalina, la dopamina y la serotonina (Cruz, 2014, OMS, 2005).

Algunas sustancias que se encuentran en este grupo son: cocaína, Catinonas, anfetaminas, metanfetaminas, MDMA, éxtasis, nicotina y cafeína.

### **1.6.2. Depresores del Sistema Nervioso Central**

El efecto bifásico es característico de estas sustancias, pues a bajas dosis pueden provocar desinhibición, y una mayor actividad; en cambio, en dosis más elevadas disminuyen los reflejos, las funciones cognitivas, perceptivas y motoras (OMS, 2005).

Sus efectos más importantes van de la sedación hasta la anestesia general. Entre los síntomas se encuentran somnolencia, descoordinación motora de leve a moderada y obnubilación de las funciones mentales. Dichos efectos se relacionan con la función del receptor GABA-A (Cruz, 2014, OMS, 2005), puesto que el GABA controla la excitabilidad neuronal en todas las regiones del cerebro, los sedantes e hipnóticos producen sus efectos característicos de sedación, amnesia y descoordinación motora mediante el mecanismo de incrementar la función del GABA (Nutt y Malizia, 2001).

Mientras mayor sea la dosis los efectos se agudizan y se producen daños generales de la función motora, aumento en el tiempo de reacción y daños en la función cognitiva y en la memoria. En casos severos inducen al sueño e incluso pueden provocar la muerte por depresión respiratoria. La fatiga, el dolor de cabeza y la náusea son síntomas asociados al síndrome de abstinencia tras consumir drogas depresoras.

Similar a otras drogas que generan dependencia, las drogas depresoras del SNC afectan el sistema mesolímbico dopaminérgico, lo que provoca sus efectos de reforzamiento y aumento en la motivación de repetir su uso. Asimismo, pueden contribuir al incremento de la actividad en la corteza temporal, disminución de la actividad metabólica en la corteza occipital y el metabolismo talámico (OMS, 2005).

Algunas sustancias que se encuentran en este grupo son: alcohol, tranquilizantes o sedantes, hipnóticos, anestésicos, éxtasis líquido o GBH, disolventes y otros inhalables, barbitúricos, benzodiacepinas.

### **1.6.3. Opioides**

En este apartado se incluye a los derivados del opio y a los compuestos naturales, sintéticos o semisintéticos con propiedades similares a las de la morfina<sup>13</sup>. Estas drogas permitieron el descubrimiento y estudio del sistema opioide endógeno<sup>14</sup> del cerebro (Brownstein, 1993).

La administración intravenosa de opioides causa un rubor cálido de la piel y una sensación de relajación sin pérdida de coordinación loco motriz que los usuarios describen como "éxtasis"; constricción pupilar extrema, disminución del reflejo de la tos, estreñimiento, dependencia física, tolerancia y adicción. Sin embargo, la primera experiencia con opioides también puede ser desagradable e incluir náusea y vómito (Jaffe, 1990). Los opioides tienen efectos euforogénicos, analgésicos, sedantes y de depresión del sistema respiratorio (Cruz, 2014, OMS, 2005).

Existen evidencias respecto a la existencia de receptores opioides, dado que los opiáceos (heroína y morfina) interactúan en lugares específicos de enlace en el cerebro. En 1976, se registró la primera evidencia de la existencia de varios receptores opioides (Martin, 1976), y mediante estudios farmacológicos se clasificaron los sitios de enlace con opioides en tres clases de receptores, conocidos como receptores mu, delta y kappa. Posteriormente se descubrió que existen varios subtipos de cada clase de receptores (Pasternak, 1993).

La existencia de estos receptores hizo suponer que estos sitios podrían ser los blancos de las moléculas opiáceas que existen de forma natural en el cerebro. Lo anterior,

---

<sup>13</sup> Como la heroína o la metadona (Cruz, 2014).

<sup>14</sup> A saber las endorfinas y las encefalinas comparten similitudes con los derivados del opio (Méndez y Cruz, 1999).

reviste de gran importancia y explica en parte la razón del alto potencial para causar dependencia física, tolerancia a algunos de sus efectos, abuso y adicción.

Algunos estudios farmacológicos, han propuesto que la activación de los receptores mu y delta es reforzadora, aunado al hecho de que la inactivación genética de los receptores mu inhibe los efectos analgésicos y de dependencia de la morfina, se puede argumentar que dichos receptores se conciben como la puerta de entrada para la analgesia, la tolerancia y dependencia de los opioides (Cruz, 2014, OMS, 2005).

Algunas sustancias que se encuentran en este grupo son: morfina, codeína, heroína, metadona, fentanil.

#### **1.6.4. Alucinógenos**

Dado que se pueden encontrar numerosos compuestos provenientes de una amplia variedad de fuentes naturales y sintéticas, con características estructurales disímiles, el grupo de los alucinógenos es el más extenso de todas las sustancias psicoactivas. Dichas sustancias conforman una clase químicamente diversa, y se caracterizan por su capacidad de generar distorsiones en las sensaciones y alterar marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento.

El término alucinógeno se refiere a la capacidad que tienen de producir alucinaciones. Sin embargo, éstas no son los únicos efectos que causan, y con frecuencia ocurren sólo a dosis muy elevadas. Aunque las alucinaciones visuales son las más comunes, se puede afectar cualquiera de los sentidos, así como la percepción espacio temporal, del entorno y del yo del individuo. Los efectos subjetivos varían notoriamente de un individuo a otro y pueden ser diferentes, de un episodio a otro, aun tratándose de la misma sustancia, en la misma cantidad y en el mismo sujeto. Los alucinógenos se dividen en clases, con base en su similitud estructural (Cruz, 2014; Jacobs y Fehr, 1987).

El primer grupo comparte similitudes estructurales al neurotransmisor serotonina y se relacionan con la dietilamida de ácido lisérgico (LSD) y la amina de ácido d-lisérgico



(LSA) presente en las semillas de diversas variedades de *dondiego de día o campanilla*, y la psilocibina dimetiltriptamina (DMT) presente en algunos hongos alucinógenos.

El segundo grupo de alucinógenos consiste en drogas de feniletilamina, de las cuales la mescalina (peyote), la metildioximetanfetamina (MDA) y la metilendioximetanfetamina (MDMA) son las más populares. Otros integrantes de este grupo son la parametoxianfetamina (PMA), la dimetoxi-4-metilanfetamina (DOM) y la trimetoxianfetamina (TMA). Estas drogas tienen una estrecha relación estructural con las amfetaminas, drogas sintéticas o de diseño (tachas). La fenciclidina (PCP) y la ketamina son anestésicos disociativos que pertenecen a la familia de fármacos de arilcicloalquilamina y actúan sobre los receptores de glutamato.

Por último, está la familia atropínica, que incluye atropina, escopolamina e hiosciamina. Aparecen de forma natural en muchas especies de plantas de la papa. También pueden encontrarse en la belladona (*Atropa belladonna*) y el toloache (*Datura stramonium*) (OMS, 2005)

La cannabis también se clasifica como alucinógeno, sin embargo, dadas las implicaciones particulares de la misma<sup>15</sup>, se retomará en el siguiente apartado.

El grado de intensidad de los efectos, y la reacción emocional a éstos, difiere notablemente de un individuo a otro. Las reacciones pueden ir de la felicidad y euforia, al temor y pánico o de la excitación a la depresión. En muchas ocasiones se reporta una sensación de introspección profunda, de hormigueo en las extremidades, analgesia y anestesia, así como episodios psicóticos. Asimismo, estas drogas afectan la memoria y los procesos del pensamiento.

Aunque en general se necesitan altas dosis para producir alucinaciones, en el caso de la ketamina y la PCP basta una pequeña dosis para obtener dichos efectos.

---

<sup>15</sup> Entre las cuales se encuentra el hecho de ser la droga ilegal de mayor consumo a nivel mundial y en México, los debates políticos y de medios de comunicación en torno a la legalización de su uso recreativo y con fines médicos; y por sus propiedades alucinógeno, relajante y sedante

Como síntomas y signos característicos están la taquicardia, hipertensión, alta temperatura corporal, anorexia, náuseas, vómito, incomodidad abdominal, reflejos rápidos, descoordinación motora y dilatación de las pupilas. Aunado a los efectos alucinógenos y las distorsiones sensoriales, es común que se presente el efecto de la unión de diferentes modalidades sensoriales (por ejemplo, la música se ve), lo que se conoce como sinestesia (Jacobs y Fehr, 1987).

### **1.6.5. Cannabinoides**

El delta-9 tetrahidrocannabinol (THC) es el principal compuesto químico con efectos psicoactivos que contiene la Cannabis Sativa y que al ser metabolizado deriva en otro compuesto activo 11-OH-delta-9-THC. Los cannabinoides generalmente se inhalan fumándolos, aunque también pueden ser administrados por vía oral. La intoxicación máxima se alcanza entre los 15 y 30 minutos después de fumar y los efectos duran de 2 a 6 horas. Los cannabinoides permanecen en el cuerpo durante periodos prolongados y se acumulan tras el uso repetido<sup>16</sup>. Se pueden hallar cannabinoides en la orina a los 2 o 3 días de haber fumado un solo cigarrillo y, en usuarios intensos, hasta 6 semanas después del último uso.

La intoxicación por consumo de cannabis, altera la percepción del tiempo volviéndola más lenta, se genera una sensación de relajación y de conciencia sensorial aguda. Comúnmente se reporta una percepción de mayor confianza en sí mismo, sin embargo, no hay nada que asocie esta percepción con el aumento de la creatividad. Asimismo, la memoria a corto plazo se afecta y se altera la coordinación motora. En algunos casos, se ha reportado analgesia, acción antiemética, antiepiléptica y orexigénica (O'Brien, 2001).

---

<sup>16</sup> Es por esta razón la dificultad que se presenta para los estudiosos del tema de establecer criterios claros de abstinencia para esta sustancia; comúnmente se dice que la marihuana no produce síndrome de abstinencia pero nuevos estudios revelan que si los hay, sin embargo, es difícil estudiarlos por la acumulación de la sustancia en el cuerpo que no permite la abstinencia total.

Los estudios realizados con animales, han permitido establecer las bases de la capacidad adictiva de los cannabinoides que se ha reportado en humanos, ya .que estos compuestos interactúan con los circuitos de recompensa del cerebro y comparten algunas características bioquímicas con otras sustancias psicoactivas (por ejemplo, cambios en la actividad opioide y dopaminérgica) directamente relacionadas con sus propiedades de reforzamiento (Koob, 1992).

Existen evidencias significativas para afirmar que el delta-9-THC incrementa la actividad dopaminérgica en la ruta mesolímbica, que se proyecta del área tegmental ventral (ATV) de la corteza prefrontal al núcleo accumbens, una región crucial para el desarrollo de la dependencia. Los estudios in vivo han demostrado que el delta-9-THC aumenta las concentraciones extracelulares de dopamina en la envoltura del núcleo accumbens, mecanismo similar a la acción de otras sustancias psicoactivas y de los cannabinoides sintéticos (Tanda, Pontieri y Di Chiara, 1997; Chen y colab., 1990).

La dispersión de los receptores CB1 en el cerebro, se correlaciona con los efectos de los cannabinoides sobre la memoria, la percepción, el control motor y sus efectos anticonvulsivos (Ameri, 1999). Los agonistas que estimulan a los receptores CB1 afectan la cognición y la memoria, además de alterar el control de las funciones motoras. Así, la corteza cerebral, el hipocampo, el caudado lateral y el putamen, la sustancia negra y su zona reticulada, el globo pálido, el núcleo endopeduncular y la capa molecular del cerebelo están todos poblados con concentraciones particularmente elevadas de receptores CB1 (Pertwee, 1997). En el núcleo accumbens existen niveles intermedios de enlaces. También hay receptores CB1 en las rutas del dolor en el cerebro y la médula espinal, así como en las terminales periféricas de las neuronas sensoriales primarias (Pertwee, 2001), lo que explica las propiedades analgésicas de los agonistas de receptores cannabinoides. Los receptores CB1 se expresan en neuronas del corazón, vaso deferente, vejiga urinaria e intestino delgado (Pertwee, 1997).

Los receptores CB1 ubicados en las terminaciones nerviosas (Pertwee, 1997; Ong y Mackie, 1999; Pertwee, 2001) suprimen la liberación neuronal de transmisores que

incluyen acetilcolina, noradrenalina, dopamina, 5\_hidroxi-triptamina, GABA, glutamato y aspartato (Pertwee, 2001). Los receptores CB2 en las células inmunológicas, con niveles particularmente altos en linfocitos B y macrófagos naturales (Galiegue y colab., 1995), son inmunomoduladores (Molina-Holgado, Lledo y Guaza, 1997).

La tolerancia a los efectos de la cannabis, cannabinoides y drogas relacionadas que actúan sobre el receptor cannabinoide CB1 se presenta rápidamente. El desarrollo de la tolerancia a la antinocicepción<sup>17</sup> y a los efectos anticonvulsivos y locomotores se da en diferentes etapas. Existen pocas evidencias de abstinencia asociada con el uso de cannabinoides, y muy pocas veces se han reportado reacciones de abstinencia tras el uso prolongado de cannabinoides, debido probablemente, a la larga vida media de estas sustancias, lo cual impide el surgimiento de síntomas de abstinencia. Una mayor liberación del factor de liberación de corticotrofina es un marcador bioquímico de estrés que se incrementa durante la abstinencia de los cannabinoides (Rodríguez de Fonseca y colab., 1997).

#### **1.6.6. Inhalables o solventes volátiles**

Aunque los inhalables o solventes volátiles se encuentran en la clasificación de las drogas depresoras del SNC, dada la relevancia en cuanto al consumo y las características de los daños que producen, se revisarán por separado.

Son varios los compuestos químicos volátiles<sup>18</sup> (incluyendo gases como óxido nitroso, solventes volátiles como tolueno y nitritos alifáticos) que producen efectos sobre el sistema nervioso central. Debido a su fácil disponibilidad, son utilizados principalmente por niños y adolescentes. El término inhalable se aplica a un grupo muy diverso de sustancias que se hallan en productos como gasolina, removedores de esmalte para uñas, removedores de pinturas y adhesivos (IAPA, 2014; CONADIC, 2010b; Weir, 2001).

---

<sup>17</sup> Se refiere a la tolerancia al dolor. Reichert, J.A., Daughters, R.S., Rivard, S. and Simone D.A. (2002). Peripheal and preemptive opioid anticonception in a mouse visceral pain model. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2002; 9: 423-431.

<sup>18</sup> El término volátil se refiere a la propiedad de evaporación de la sustancia a temperatura ambiente.

Estos compuestos se aspiran, directamente, a través de algún textil empapado en solvente colocado en la boca de la persona o en una bolsa de plástico que se coloca a manera de mascarilla. Los compuestos solventes volátiles tienen pocas características en común, exceptuando su toxicidad y los efectos conductuales que producen. Asimismo, la clasificación de solventes o inhalables obedece más a su forma de consumo que a los efectos que producen sobre el SNC. En México, se utilizan con mayor frecuencia los solventes orgánicos, compuestos derivados del carbón o del petróleo, como gasolinas, líquidos para encendedores, aerosoles, pegamentos, removedores de pintura, esmaltes, quitamanchas, thinner, PBC, activo y cemento (CONADIC, 2010b).

La intoxicación aguda por inhalación de vapores de solventes produce algunos efectos conductuales similares a los del alcohol. A los pocos minutos después de inhalar se presenta mareo, desorientación y un breve periodo de excitación con euforia, seguido de una sensación de ligereza y un periodo más prolongado de depresión de la conciencia. Es común que se presenten cambios marcados en el estado mental de las personas que abusan de los solventes. La mayoría de los usuarios reporta una elevación del estado del ánimo y alucinaciones. También ocurren delirios potencialmente peligrosos como creer que se puede volar o nadar, el pensamiento se altera, se presenta confusión, hay una sensación subjetiva de que el tiempo transcurre rápidamente y son comunes las alucinaciones táctiles (IAPA, 2014; CONADIC, 2010b; Evans y Raistrick, 1987). Frecuentemente, estos efectos conductuales van acompañados de perturbaciones visuales, nistagmo, descoordinación, andar inestable, dificultades para hablar, dolor abdominal y rubor en la piel.

Algunos solventes contenidos en los vapores de adhesivos, incluyendo el tolueno, activan el sistema de recompensa del cerebro en autoestimulación intracraneal, lo cual predice el potencial de los solventes volátiles para producir dependencia, según estudios llevados a cabo en roedores (Yavich y Patakina, 1994; Yavich y Zvartan, 1994).

La mayoría de las revisiones compara los efectos agudos de los solventes orgánicos volátiles, con los de los fármacos depresivos como barbitúricos, benzodiazepinas y etanol. Con base en sus efectos físicos, se supone que los solventes inducen cambios bioquímicos similares al etanol y a los anestésicos (OMS, 2005). Asimismo, sus efectos neuroconductuales agudos, incluyendo la ansiolisis y la sedación, son los típicamente asociados con los depresores del sistema nervioso central y pueden provocar el uso continuado, la tolerancia y la abstinencia (Beckstead y colab., 2000).

La abstinencia de solventes volátiles en ratones se caracteriza por una mayor susceptibilidad a convulsiones, y se puede atenuar o revertir con vapores de otros solventes, así como con etanol, midazolam y pentobarbital. Lo cual indica que el uso de solventes volátiles produce efectos similares al etanol y a los fármacos depresivos (Evans y Balster, 1991).

## Capítulo 2 - Definiendo el proceso adictivo

El proceso adictivo se refiere al periodo comprendido entre la abstinencia, aun antes de la aparición de las primeras manifestaciones de los factores de riesgo, y la consolidación de una dependencia en adicción. Para llegar de un extremo a otro, es necesario transitar por los puntos intermedios, y es precisamente, este paso gradual y sucesivo, el que otorga un carácter de proceso al fenómeno de las adicciones (Fernández, 2014).

Varios autores, coinciden en que la adicción a sustancias psicoactivas se define como una enfermedad crónica que se caracteriza por los cambios que alteran el desarrollo normal de un organismo (Cruz, 2014; American Psychiatric Association, 2014; Fernández, 2014; Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones, 2014; National Institute for Drug Abuse, 2014; Morales, 2013).

La Organización Mundial de la Salud concibe a las enfermedades crónicas como padecimientos de larga duración y progresión lenta (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Es importante mencionar, que el carácter gradual del proceso adictivo está mediado por el aumento en la presencia de los factores de riesgo en detrimento de los factores protectores asociados al consumo, y por los cambios que las sustancias psicoactivas producen en el Sistema Nervioso Central. La literatura ofrece evidencias de cómo el inicio del proceso está caracterizado por un consumo de tipo impulsivo que avanza gradualmente a compulsivo conforme la adicción se establece (Barragán y López, 2013; Cruz, 2014; Fernández, 2014).

Con respecto a los factores de riesgo, existen situaciones que funcionan como agentes que incrementan la probabilidad de consumir sustancias psicoactivas, y por ende, de desarrollar una dependencia (Barragán y López, 2013).

En cuanto a los cambios que el consumo de sustancias psicoactivas generan en el SNC, existen diferentes áreas involucradas como el lóbulo prefrontal; el sistema límbico, el

tallos cerebral y la medula espinal. Además, la comunicación entre neuronas se ve afectada comprometiendo el sofisticado balance entre los estímulos excitadores e inhibidores de los neurotransmisores (Cruz, 2014).

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones NOM-028-SSA2-2009, define el consumo de sustancias psicoactivas, como *el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central* (Salud, 2009, p. 8).

En las Guías de Práctica Clínica del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), la adicción se define como un padecimiento crónico que afecta el Sistema Nervioso Central, caracterizado por recaídas, una búsqueda reiterada y el uso compulsivo de sustancias psicoactivas, a pesar de las consecuencias dañinas. Se considera una enfermedad del SNC porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y su funcionamiento. Estos cambios pueden presentarse de manera aguda o crónica y en muchas ocasiones causan un daño irreversible que perdura a través del tiempo y que es visible en los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas (Secretaría de Salud, 2008).

Por lo anterior, el proceso adictivo puede ser definido como una enfermedad crónica y progresiva que modifica la conducta (alterando el funcionamiento del Sistema Nervioso Central) de los individuos que consumen sustancias psicoactivas, afectando el desarrollo individual y a la sociedad en su conjunto; dicho proceso inicia incluso antes de consumir la primera sustancia al presentarse los factores de riesgo que llevan a un consumo experimental o de curiosidad, y dicha curiosidad puede llevar al individuo a un uso cotidiano para después convertirse en abuso y por último en una dependencia.



## **2.1. Qué papel juegan los factores de riesgo en el proceso adictivo**

El enfoque de riesgo, difiere de sus antecesores como el centrado en los estados patológicos (salud-enfermedad), precisamente en la cualidad de expresar ciertos factores como condicionantes y no como predisponentes, lo que explica cómo algunos sujetos se desarrollan normalmente ante situaciones que a otros individuos enferman.

Los factores de riesgo son actitudes, comportamientos, creencias, situaciones o acciones que ponen a un grupo, organización, individuo o comunidad en riesgo de desarrollar conductas problemáticas. Se refieren a situaciones que pueden incrementar la posibilidad de consumir sustancias psicoactivas o de llegar a una dependencia.

La NOM-028-SSA2-2009 define factor de riesgo como el atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas (Salud, 2009).

Con base en el enfoque o autor, podemos encontrar diversas clasificaciones, pero todos coinciden en mencionar que dichos factores afectan las diferentes esferas del individuo: personal, familiar y social (Fernández, 2014; Barragán y López, 2013; Carrascoza, 2013; Morales, Gordillo y Chávez, 2013; IAPA, UNAM, & IIS, 2012; Salud, 2009)

En la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud, se han identificado como factores de riesgo para población mexicana, el uso de tabaco y alcohol, el consumo de drogas en la familia, un débil apoyo y control familiar, el abandono o suspensión de estudios y una baja adherencia escolar, la tolerancia social y la disponibilidad de sustancias, la pertenencia a redes sociales disfuncionales y un uso inadecuado del tiempo libre, así como diversos trastornos de conducta, afectivos y psicológicos, entre los que se cuentan la depresión y la ansiedad (Secretaría de Salud, 2008).

Uno de los acercamientos que describe más ampliamente la influencia de los factores de riesgo sobre la posibilidad de que se produzca un efecto nocivo, es el modelo ecológico que toma en cuenta aspectos relevantes de los individuos como la edad, el género y el medio sociocultural. Es así como los sujetos, por un lado se insertan dentro de sistemas macrosociales o sociomunitarios que dan cuenta de sistemas sociales e institucionales más amplios (estructura legal, económica, normativa y la dinámica sociocomunitaria), y por otro, en sistemas microsociales que describen los espacios de interacción interpersonal más directos como la familia, los grupos escolares, laborales o de pares. En este modelo, también se toman en cuenta aspectos individuales que se relacionan con atributos de personalidad como el estilo de afrontamiento, resiliencia, capacidad de ajuste, estado psicológico, afectivo y con ciertas circunstancias físicas, biológicas y genéticas. Este modelo no establece relaciones lineales de causa-efecto sino más bien de antecedencia-consecuencia (Fernández, 2014).

Su contra parte, los factores protectores, son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo (Salud, 2009). Como ejemplo tenemos la sanción social del consumo de sustancias o los límites que se establecen en la familia para limitar la ingesta de alcohol o tabaco, así como las creencias individuales acerca de ser saludable, cuando saludable significa no consumir sustancias psicoactivas.

Por último, también se ha comprobado que en la medida en que los factores de riesgo disminuyen o los factores protectores se refuerzan, menor es la vulnerabilidad del sujeto ante los problemas de la vida cotidiana, por lo que desarrollará habilidades de enfrentamiento que le permitirán solucionar de manera proactiva las problemáticas ante las que se enfrente sin recurrir al uso de sustancias (IAPA, UNAM, & IIS, 2012).

## **2.2. Patrones de consumo**

Aunque poco más de un 40 por ciento de los jóvenes entre doce y dieciocho años ha experimentado con el tabaco y casi un 90 por ciento con el alcohol, la mayoría de la

población en México no usa drogas<sup>19</sup>, de quienes llegan a probarlas, sólo un pequeño grupo las seguirá usando regularmente y de éstos, sólo una fracción desarrollará patrones de uso nocivo y dependencia (Villatoro y cols., 2017).

Existen diferentes patrones en el desarrollo de los trastornos por dependencia; por lo general, se establece un patrón evolutivo que inicia con una actividad voluntaria, de uso social o recreativo, prevaleciendo en un inicio el efecto positivo y placentero que el usuario refiere bajo su control y dominio. Gradualmente, en algunas personas la motivación del consumo va cambiando y se pasa de consumir para experimentar placer a hacerlo para evitar el malestar, para poder estar bien o para sentirse normal, aumentando la intensidad de la dosis y la frecuencia, manifestando tolerancia. Finalmente, una proporción pierde el control sobre el uso y se tornan compulsivos e incapaces de dejar de usar las drogas a pesar de estar conscientes del daño que les producen, cuando se establece la dependencia (Cruz, 2014; Fernández, 2014; OEA, 2013).

Como se mencionó en el apartado 2.1, la transición de una etapa de uso a otra se asocia a una gran variedad de factores de riesgo relacionados con el individuo y su ambiente. La relación entre personas y sustancias, así como las consecuencias que se derivan del uso, comprende un amplio espectro de posibles combinaciones y resultados (Fernández, 2014; IAPA, UNAM, & IIS, 2012; Salud, 2009).

Es así como el proceso adictivo transita entre diferentes patrones de consumo que van desde la abstinencia, definido como el estado normal de la mayoría de las personas, es decir, cuando se abstienen de consumir alcohol, tabaco u otras drogas; el uso experimental, cuando una droga se consume para probar sus efectos y después de pocos eventos de uso, se abandona; el uso regular o social, que implica mantener el uso de la sustancia después de haber experimentado integrándolo al estilo de vida habitual; el uso nocivo, definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico; y por último, abuso y dependencia, cuando la persona ha perdido el control de su consumo, aparece la tolerancia, se invierte una gran cantidad de tiempo pensando en cómo se conseguirá la sustancia y en donde se consumirá, es decir, el

---

<sup>19</sup> El uso puede ser definido como la incorporación del consumo en actividades habituales como fiestas o reuniones de manera permanente y sistemática, sin llegar al consumo problemático o abuso.

consumo impulsivo se torna compulsivo y se presentan síntomas característicos del síndrome de abstinencia cuando se suprime el consumo y es evidente el deterioro físico y mental; en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, se clasifican estas dos categorías como enfermedades asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas (DSM-V, 2014; OEA, 2013)

En México, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT 2016-2017) se ha estimado que el 10.3% de la población ha consumido alguna droga alguna vez en la vida, 2.9% lo hizo en el último año (2.5 millones de personas) y 1.5 % en el último mes. De las personas que usaron alguna droga en el año previo a la encuesta 0.6% eran dependientes (546 mil personas). La edad de inicio de consumo de drogas es en promedio 17.8 años (17.7 hombres y 18.2 mujeres).

El uso moderado de algunas sustancias puede tener efectos benéficos para la salud, como es el caso de las sustancias de uso médico con potencial adictivo, entre los que sobresalen los narcóticos para calmar el dolor y los tranquilizantes, 1.3 por ciento de la población las ha consumido alguna vez (ENCODAT 2016-2017; OEA, 2013).

La determinación del patrón de consumo, los riesgos asociados a éste y la gravedad del trastorno producido por el uso de drogas, resulta crucial para definir el tipo de acción a implementar. En el ámbito de la prevención, se describe la intervención universal para retrasar o evitar el inicio del uso en aquellas personas que aún no han consumido drogas; selectiva, cuando hay exposición a factores de riesgo (características individuales o del contexto) que incrementan la probabilidad de consumo, o indicada, cuando ya se ha iniciado el consumo, pero aún no hay patrones patológicos (abuso, dependencia). Otras intervenciones de mayor complejidad, pueden orientarse a corregir los desequilibrios asociados con el consumo, como la desintoxicación y el manejo de los síntomas de abstinencia, el tratamiento para la dependencia, la prevención de recaídas en el proceso de recuperación y la reintegración social (OEA, 2013).

### 2.3. Dependencia o adicción

Como se mencionó en el apartado anterior, la adicción se define como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro clínicamente significativo y que se caracteriza por la presencia (en los últimos doce meses) de tres o más de los criterios establecidos en el DSM-5 (Cruz, 2014; OEA, 2013):

1. Se consume con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
7. El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el consumo.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de cada sustancia en particular.
  - b. Se consume esa o alguna otra sustancia muy similar, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

La Norma Oficial Mexicana NOM-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones concibe a la adicción, como el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación+(Salud, 2009, p.6).

Para el National Institute on Drug Abuse (NIDA), la adicción, se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, no obstante sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican su estructura y funcionamiento (dependencia). Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden

conducir a comportamientos peligrosos comunes en las personas que abusan del consumo de drogas (NIDA, 2014).

Por último, los conocimientos sobre los efectos agudos y crónicos de las sustancias psicoactivas en el cerebro han aumentado en años recientes, y existe evidencia de los profundos cambios en los sistemas neuronales. La conclusión más importante es que el uso de sustancias psicoactivas modifica los mecanismos fisiológicos normales que median la recompensa, el aprendizaje y la memoria, produciendo una remodelación de los contactos y rutas neuronales, causando cambios duraderos y en ocasiones permanentes; lo anterior podría fundamentar la base bioquímica de la dependencia a las sustancias (OMS, 2005).

En conclusión, parece ser que a partir de las aportaciones de varios autores, el termino dependencia es utilizado frecuentemente para explicar los cambios estructurales a nivel bioquímico y el de adicción para explicar la correlación psicosocial de la dependencia.

En el siguiente apartado, se expondrán dos de las pruebas de tamizaje que apoyan a los profesionales de la salud en la separación de la población de acuerdo al lugar del proceso en que se sitúan, con la finalidad de brindar una atención congruente a dicho lugar, siguiendo la premisa de que a más temprana intervención mayores los beneficios y menores los costos y daños asociados a la salud e integridad del individuo.

#### **2.4. Tamizaje**

Los instrumentos de tamizaje o discriminación, son cuestionarios breves de valoración que han asegurado su confiabilidad y validez, para detectar de manera temprana, a personas vulnerables de otras que no lo son. Es decir, que están en riesgo de consumir sustancias psicoactivas, o bien, aquellas personas que ya las están consumiendo o que están en riesgo de desarrollar problemas más serios como trastornos por abuso o dependencia (CONADIC, 2008).

### 2.4.1 POSIT

No obstante, que la mayoría de las y los jóvenes no consumen o son aun experimentadores, las encuestas indican que el consumo, sobre todo de alcohol, tabaco y mariguana, va en aumento, y que un porcentaje de estos jóvenes llegan a tener problemas relacionados al abuso de sustancias psicoactivas (Villatoro y cols., 2015; ENA, 2011).

Con la finalidad de intervenir oportuna y adecuadamente, se hace uso de instrumentos que puedan arrojar datos confiables sobre los factores de riesgo presentes y los problemas asociados al consumo, lo que permite incidir en la problemática que están viviendo las y los adolescentes a partir del diseño de intervenciones individualizadas y ajustadas a cada situación en particular, a diferencia de como se venía haciendo en el pasado donde las problemáticas se ajustaban a los criterios preventivos y no de otra manera.

Como antecedente, se encuentra El Sistema de Referencia a Tratamiento para Adolescentes con Problemas relacionados con el uso de Drogas (AARS<sup>20</sup>), instaurado por el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) en 1991, conformado por tres componentes principales: el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT<sup>21</sup>), una batería de valoración y un directorio de instituciones para la atención del adolescente.

Con el propósito de contar con un instrumento que pudiera arrojar datos sobre los riesgos asociados al consumo, en 1998, se valida el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) para población mexicana por el Instituto Nacional de Psiquiatría para ser aplicado a población mexicana. (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1998).

---

<sup>20</sup> Por sus siglas en inglés Adolescent Assessment/Referral System.

<sup>21</sup> Por sus siglas en inglés Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers.

Dicho instrumento, ha mostrado ser confiable para identificar grupos vulnerables, y tiene el objetivo de ser un primer filtro para detectar los riesgos asociados al consumo y los problemas presentes en los adolescentes que abusan de sustancias psicoactivas (factores de riesgo). Consta de 81 reactivos que evalúan 7 áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delincuencia (CONADIC, 2010).

Se puede utilizar con adolescentes de nivel medio y medio superior, y se puede aplicar de forma individual o de manera grupal. La primera forma de aplicación se utiliza cuando el usuario ya ha sido canalizado a algún programa, por parte de la escuela en donde se esté implementando el programa de atención o cuando el adolescente acude de forma voluntaria a solicitar el servicio. La segunda forma es utilizada cuando se desea detectar, de un grupo numeroso, a aquellos adolescentes que pudieran presentar indicadores de problemas asociados al uso de alcohol y otras drogas. En general, la administración grupal se realiza en grupos pertenecientes a escuelas en las que se asiste a brindar servicios de información, orientación y consejería en adicciones.

Las respuestas contestadas positivamente (SI) se les asigna un punto, a excepción de las aseveraciones negativas: 12, 13, 18, 20, 22, 26, 32, 39, 52, 69, 70 y 71 que se puntúan cuando son contestadas negativamente. Existen reactivos llamados *banderas rojas* los cuales su respuesta positiva indica riesgo por si misma (estos reactivos están señalados con negritas). Sin embargo, en todos los casos tendrán que hacerse sumatorias y promedios por áreas:

*Área 1. Uso-abuso de sustancias*

17 reactivos/**2, 17, 21, 25, 33, 38, 41, 46, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 62, 65, 68.**

La puntuación positiva de cualquier reactivo indica riesgo.

*Área 2. Salud Mental*

16 reactivos/5, **6, 8, 10, 15, 23, 28, 40, 43, 55, 60, 63, 66, 75, 76, 80.**

La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas o un puntaje igual o mayor a 5 es indicador de riesgo.

*Área 3. Relaciones Familiares*

10 reactivos/4, 14, **20, 22, 32, 39, 45, 52, 70, 71.**



La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas o un puntaje igual o mayor a 3 indica riesgo.

*Área 4. Relaciones con amigos*

7 reactivos/**3, 13, 19, 29, 67, 73, 77.**

La puntuación positiva de cualquier reactivo indica riesgo.

*Área 5. Nivel Educativo*

16 reactivos/7, 8, 12, 15, 18, **26**, 34, 40, **42**, 61, **66, 69, 72**, 74, 79, **80.**

La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas o un puntaje igual o mayor a 5 indica riesgo.

*Área 6. Interés Laboral*

6 reactivos/16, 27, 36, 44, 51, 78.

Un puntaje igual o mayor a 3 indica riesgo. Los reactivos 16 y 44 indican riesgo contestados positivamente solo para los adolescentes entre los 13 y 15 años de edad.

*Área 7. Conducta Agresiva/Delictiva*

14 reactivos/1, 9, 11, **24**, 30, 31, 35, 37, 49, 50, 53, 59, 64, 81.

La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas o un puntaje igual o mayor a 5 indica riesgo.

La prueba arroja resultados sobre la vulnerabilidad por áreas de desarrollo, la puntuación máxima total es de 81 puntos. Una puntuación total de 34 refiere la presencia de riesgos, y por ende, si la calificación aumenta gradualmente de forma ascendente a partir de los 34 puntos, mayor será el riesgo de los jóvenes para iniciar o incrementar el consumo de drogas.

Finalmente, de acuerdo al puntaje obtenido en las diferentes áreas, lo que indica en cual existe riesgo, se diseña el tipo de intervención que puede ir desde una orientación o taller preventivo (consejo breve o taller de habilidades para la vida) hasta una intervención breve (Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras sustancias).

## **2.4.2. ASSIST**

Según el Manual publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010), para el uso de la *prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias* (ASSIST, por sus siglas en inglés<sup>22</sup>) en atención primaria, el instrumento fue desarrollado por un equipo transnacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta al reto que representa el consumo de sustancias psicoactivas para los sistemas de salud pública

---

<sup>22</sup> Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

(WHO, 2002; Humeniuk RE, Ali RA, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, Boerngen de Larcercda R, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhiwhatiwa S, Pal H, Poznyak V y Simon S, 2008; Humeniuk RE, Dennington V y Ali RL, 2008). Es una herramienta diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, con la finalidad de detectar oportunamente el consumo y evitar que los daños asociados al mismo evolucionen a estados más críticos.

La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario de ocho reactivos, que tarda entre 5 a 10 minutos en ser respondido, dirigido a usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud<sup>23</sup>, para detectar el consumo de: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

Para cada sustancia que el usuario informa haber consumido, el cuestionario ASSIST indica una puntuación de riesgo (bajo, moderado o alto), dependiendo del patrón de consumo y de los riesgos asociados al mismo. Una vez que se establece la puntuación se da paso a un consejo breve, de profesional a usuario, sobre los beneficios de la abstinencia, los riesgos de mantener el consumo de sustancias y las diferentes estrategias que se pueden abordar reforzando las conductas saludables. Para cada nivel de riesgo se determina la intervención más adecuada que puede ir desde un consejo breve hasta una atención más especializada.

También se puede obtener información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como del consumo y los problemas relacionados durante los últimos tres meses, permitiendo identificar una serie de problemas relacionados al consumo de sustancias, tales como, intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de alto riesgo y conductas asociadas con inyectarse:

---

<sup>23</sup> Médico, psicólogo o trabajador social

**Pregunta 1 (P1): ¿cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?**

Tabaco (cigarros, cigarrillos, puros, cigarro electrónico, tabaco masticado)	NO	SI
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, ron, aguardiente, licores)	NO	SI
Cannabis (marihuana, mota, hashish)	NO	SI
Cocaína (coca, crack, piedra)	NO	SI
Estimulantes de tipo anfetamínico (speed, éxtasis, tachas)	NO	SI
Inhalantes (poppers, óxido nitroso, gasolina, resistol, cemento)	NO	SI
Sedante o pastillas para dormir (diazepam, rufis, alprazolam)	NO	SI
Alucinógenos (hongos, peyote, LSD, ácidos, ketamina)	NO	SI
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína)	NO	SI
Otras	NO	SI

**Pregunta 2 (P2): ¿con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?**

Nunca	puntúa 0
Una o dos veces	puntúa 2
Mensualmente	puntúa 3
Semanalmente	puntúa 4
Diariamente o casi a diario	puntúa 6

**Pregunta 3 (P3): ¿con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?**

Nunca	puntúa 0
Una o dos veces	puntúa 2
Mensualmente	puntúa 3
Semanalmente	puntúa 4
Diariamente o casi a diario	puntúa 6

**Pregunta 4 (P4): ¿con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?**

Nunca	puntúa 0
Una o dos veces	puntúa 4
Mensualmente	puntúa 5
Semanalmente	puntúa 6
Diariamente o casi a diario	puntúa 7

**Pregunta 5 (P5): ¿con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?**

Nunca	puntúa 0
Una o dos veces	puntúa 5
Mensualmente	puntúa 6
Semanalmente	puntúa 7
Diariamente o casi a diario	puntúa 8

**Pregunta 6 (P6): si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.**

No, nunca	puntúa 0
Sí, en los últimos 3 meses	puntúa 6
Sí, pero no en los últimos 3 meses	puntúa 3

**Pregunta 7 (P7): si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido.**

No, nunca	puntúa 0
Sí, en los últimos 3 meses	puntúa 6
Sí, pero no en los últimos 3 meses	puntúa 3

**Pregunta 8 (P8): si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido.**

No, nunca	NO	SI
Sí, en los últimos 3 meses	NO	SI
Sí, pero no en los últimos 3 meses		
3 meses	NO	SI

Generalmente, las puntuaciones del rango medio indican consumo peligroso o dañino de sustancias (riesgo moderado) y las puntuaciones más altas dependencia de sustancias (alto riesgo). Las preguntas específicas relacionadas con el consumo dependiente o de alto riesgo se refieren a un fuerte deseo o ansias de consumir (P3), intentos fallidos de reducir o eliminar el consumo (P7) y consumo por vía inyectada (P8).

La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7 para cada sustancia seleccionada en la pregunta uno (P1). Los resultados de la pregunta ocho (P8) que explora el consumo por vía inyectada, no cuentan para la suma total, pero son un indicador de alto riesgo y se asocia con sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con el consumo. Un usuario que se inyecta, siempre debe ser derivado a un servicio especializado para evaluación y tratamiento.

Los usuarios que obtuvieron puntuaciones de tres o menos (10 o menos para alcohol) tienen un **riesgo bajo** de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas.

Los usuarios de riesgo bajo deben recibir consejo breve, y ser informados de sus puntuaciones. Felicitar y alentar a los usuarios que tienen riesgo bajo puede contribuir al reforzamiento para mantener esas conductas a lo largo del tiempo. Este nivel de intervención es suficiente para los usuarios cuyas puntuaciones indican que tienen

riesgo bajo de sufrir consecuencias negativas relacionadas con el consumo de sustancias.

Una puntuación entre 4 y 26 (11 y 26 para alcohol), significa que los usuarios tienen un **riesgo moderado** de presentar problemas de salud y de otro tipo. Algunos quizás ya presenten problemas, y de continuar el consumo a este ritmo tienen una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia.

Un puntaje igual o mayor a 27, en cualquier sustancia, sugiere un **alto riesgo** de dependencia de la sustancia en que se haya obtenido dicha puntuación, y probablemente, se están teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales e interpersonales, como resultado del consumo de sustancias. Además, los usuarios que en los últimos tres meses se han inyectado en promedio drogas más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo. Para este tipo de usuarios, es conveniente la derivación a establecimientos con mayor nivel de complejidad especializados en el tratamiento de las adicciones y a otros donde se pueda establecer un diagnóstico certero para anticuerpos de VIH y hepatitis C.

## **2.5. Detección temprana. Método IDEAS**

La detección temprana, se refiere al momento oportuno de intervención para que una problemática en particular detenga su evolución natural hacia etapas más complejas y dañinas.

Particularmente, la detección temprana de problemas vinculados al consumo de drogas, detectando población (niños, adolescentes, jóvenes, adultos) que esté en riesgo potencial de experimentar, consumir o abusar de las sustancias psicoactivas, es primordial para prevenir de manera eficiente el consumo de drogas o evitar que éste se incremente hasta el punto de llegar a una adicción.

Asimismo, como se mencionó en el apartado 2.2., permite separar a la población según la topografía del proceso adictivo (abstinencia, uso experimental, uso, abuso, dependencia) para que puedan recibir la atención más adecuada en relación a la misma:

La prevención universal se refiere a las acciones dirigidas a una población (por ejemplo, niños y adolescentes) con o sin riesgo de consumo de drogas. Va encaminada a retrasar la edad de inicio del consumo, o mejor aún, a evitar que se consuman sustancias psicoactivas.

La prevención selectiva se centra en los grupos de riesgo (adolescentes con uso experimental o una cantidad importante de factores de riesgo presentes) y se dirige a detener el avance hacia un consumo problemático.

La prevención indicada, tiene como fin evitar que el consumo progrese y se enfoca en la disminución de los problemas asociados a éste. Se dirige a grupos que ya consumen tabaco, alcohol u otras drogas, y que por ello pueden sufrir consecuencias negativas (CONADIC, 2010).

Por otro lado, el Método IDEAS se refiere a un conjunto de técnicas para capacitar a profesionales de la salud con las herramientas básicas que les permitan llevar a cabo actividades de detección y consejería en adicciones en ámbitos de atención primaria de la salud y comunitarios (CONADIC, 2010c).

Consta de cinco pasos estructurados:

**Indaga.** Se refiere al momento de obtener la información mínima necesaria para definir acciones posteriores. Se refiere a datos que den indicios sobre el consumo de sustancias, lugares dónde se consumen, eventos o situaciones precipitadoras y las consecuencias asociadas al consumo. En este punto se puede hacer uso de la entrevista y de cuestionarios de tamizaje (POSIT y ASSIST).

**Dialoga.** Es el punto donde a partir de la información recabada se ofrece una retroalimentación libre de prejuicios. Se refuerzan hábitos saludables y se identifican factores protectores y de riesgo. Es importante que se establezcan claramente cuáles pueden ser las consecuencias negativas del consumo y las positivas de la abstinencia. Asimismo, es importante que se elabore un plan de acción adecuado a la situación de cada persona y se manifieste el interés del personal de salud por acompañarlo en todo el proceso de cambio.

**Establecimiento de metas y planes de acción.** La persona debe decidir libremente si quiere continuar la abstinencia, reducir el consumo o buscar ayuda profesional. El profesional deberá acompañar en el proceso reforzando hábitos saludables. Los planes de acción son importantes para alcanzar las metas y deben ser congruentes con la realidad de la persona.

**Acompañamiento.** Es importante el apoyo y seguimiento que se pueda ofrecer a la persona para reforzar el cumplimiento de las metas y revisar si las estrategias planteadas en los planes de acción son eficaces o requieren ajustes.

**Seguimiento.** Permite evaluar la eficacia de las metas y estrategias planteadas reforzándolas o derivar a la persona a servicios especializados en caso de no haber funcionado.

Por último, siempre es importante que se involucre a la familia en el proceso con el objetivo de reforzar las acciones implementadas para el logro de metas y derivarla a los servicios especializados en caso de ser necesario, ya que precisamente, en muchos casos las causas de las enfermedades trascienden al sector de la salud y por lo tanto deben abordarse con un enfoque en el cual participe toda la sociedad (Nebot, Rosales, Borrell & Bentz, 2009; CONADIC, 2010, 2010b, 2010c).



## **2.6. Psicoeducación**

La Psicoeducación es una intervención cuyo principal propósito es enseñar al individuo y su familia en qué consiste el proceso adictivo, las características que tiene y las estrategias que pueden utilizarse para mejorar las condiciones de vida frente a dicho consumo (Martínez-González y Cols., 2012).

Como paso previo o parte integral de la intervención psicológica, proporciona información sobre los mecanismos que desencadenan y mantienen las diferentes conductas y respuestas del sujeto, promoviendo el análisis y reinterpretación de los síntomas (análisis funcional de la conducta) con base en información científica. Asimismo, aborda los pensamientos, ideas y creencias irracionales y distorsionadas con respecto al consumo y plantea el problema desde una perspectiva centrada en el individuo (Bulacio y Cols., 2003).

La psicoeducación ofrece un contexto de apoyo continuo, para el individuo y su familia, para resolver problemas y aplicar el conocimiento adquirido (Hoffman y Cols., 1999).

Finalmente, la intervención psicoeducativa puede aplicarse en una amplia variedad de escenarios y situaciones, donde los profesionales pueden adaptar los contenidos a cada contexto para potencializar su efectividad, con el propósito de brindar las herramientas necesarias para que individuos y familias desarrollen estrategias y habilidades para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en niños y adolescentes (CONADIC, 2017).

## **Capítulo 3- Intervenciones breves desde el enfoque cognitivo conductual**

Alrededor del mundo, las intervenciones breves o terapias de corte cognitivo conductual han ganado aceptación y confianza como uno de los modelos más utilizados para el tratamiento de las adicciones, en este capítulo se revisarán los antecedentes y se ejemplificarán algunas experiencias exitosas, con el propósito de que el lector pueda tener elementos propios para formar su criterio.

### **3.1. Antecedentes**

Con poco más de sesenta años, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es considerada una de las orientaciones psicoterapéuticas más eficaces y extendidas desde el punto de vista costo beneficio para los sistemas de salud pública donde se requiere de resultados medibles y cuantificables a corto plazo, ya que sus resultados perduran en el tiempo, son de bajo costo, rápida aplicación y muestran efectos inmediatos. Existe evidencia empírica que confirma que ~~no~~ existen ventajas entre los tratamientos de consulta externa y formas más intensivas de tratamiento como los de consulta interna, para atender a bebedores problema+(Martínez, 2010; Echeverría y comps., 2007 p. 77)

Entre los fundamentos teóricos que sirvieron de base para el desarrollo de la TCC están: el condicionamiento clásico de I. Pavlov, el conexionismo de Thorndike, el conductismo de Watson, Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y la contribución del condicionamiento operante de B.F. Skinner, para el análisis experimental de la conducta; las ciencias cognitivas que incorporaron la noción de procesos de pensamiento y la teoría del aprendizaje social de Bandura que argumenta que todo lo social es aprendido y por ende, se puede modificar (UPBBGA, 2011; Echeverría y comps., 2007).

En los años sesentas del siglo veinte, se volvieron muy populares los tratamientos conductuales basados en el condicionamiento operante, por concebir la conducta de consumir drogas como de alto valor reforzante; es así como emerge el análisis funcional de la conducta, como concepto básico instrumentando el análisis funcional de los estímulos y las contingencias como procedimiento clínico. Lo anterior condujo a

tratamientos con base operante para el manejo de las contingencias y presentando el aprendizaje de respuestas alternativas para remplazar la conducta de consumo (Hunt y Azrin, 1973; Sobell y Sobell, 1993; en Echeverría y comps., 2007).

Posteriormente, en los años setentas con el desarrollo de las ciencias cognitivas se incorpora, para explicar la conducta, la noción de procesos de pensamiento; lo que vino a complementar la terapia conductual y dar paso a los tratamientos cognitivo-conductuales (Mahoney y Lyddon. 1988; en Echeverría y comps., 2007).

Para la década de los ochentas, la teoría del aprendizaje social de Bandura, aplicada a las adicciones, da cuenta de la manera en que los individuos adquieren y mantienen una adicción, argumentando que el abuso en el consumo del alcohol y otras drogas es una conducta aprendida, mal adaptativa, inserta dentro de un contexto socio cultural determinado, susceptible de ser modificada por los principios del aprendizaje y los procesos cognoscitivos. Por lo tanto, el individuo es un agente activo en el proceso de aprendizaje: las creencias, las expectativas, las habilidades de enfrentamiento y la percepción de la autoeficacia, ocupan un lugar fundamental en la modificación de las conductas desadaptativas relacionadas con el consumo del alcohol y otras drogas (Bandura, 1986; Carrascoza, 2007; en Echeverría y comps., 2007).

### **3.2. El enfoque cognitivo conductual en la prevención y control de las adicciones**

Al considerar la efectividad total de los programas de tratamiento, no existe una intervención que en forma universal haya demostrado ser la mejor. Sin embargo, se cuenta con evidencia sobre la efectividad de algunos fármacos y sobre los programas conductuales que son exitosos en un porcentaje mayor de casos. Por ejemplo, se estima que después de doce semanas de terapia cognitivo-conductual (TCC) o del programa de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos, cerca de un 40 por ciento de los usuarios con dependencia de etanol cesaron o disminuyeron el consumo de alcohol, comparado con un 28 por ciento de los que recibieron terapia motivacional. En el caso de los usuarios con dependencia de cocaína, la TCC tiende a ser más efectiva que la intervención de

doce pasos. Los usuarios con dependencia de cannabis responden satisfactoriamente en algunos casos a la TCC y en otros a la terapia motivacional (OEA, 2013).

Por último, Miller y Tonigan (1993) encontraron que las intervenciones breves tienen una efectividad 27 por ciento superior a otros tratamientos más intensivos en bebedores problema (Echeverría y comps., 2007)

### **3.3. Paradigma cognitivo conductual: algunas evidencias de éxito**

Aunque el término tratamiento o intervención comprende diversos tipos de actividades que difieren en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados y población objetivo, las intervenciones breves son una estrategia terapéutica que combina la detección temprana (de conductas relacionadas al consumo de sustancias y factores de riesgo asociados) y la oferta de un tratamiento para personas no dependientes o con dependencia media, con una duración que va desde una sesión de consejo breve hasta un máximo de entre seis a ocho sesiones (Echeverría y comps., 2007; WHO, 1996).

Con base en recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (Anderson, Gual y Colon, 2008), del National Institute for Drug Abuse (NIDA, 2010), y en apego al Modelo de Atención Escalonada (Breslin, Sobell, Sobell, Cunningham, Sdao-Jarvie y Borsoi, 1998), donde se establece que, para la atención de las adicciones, la evaluación y tratamiento deben ser individualizados, ajustándose al tipo e intensidad de la problemática y características de los usuarios; estar validadas empíricamente, y ser lo menos invasivas y costosas posibles, las intervenciones breves de corte cognitivo conductual resultan ser una de las mejores alternativas para personas que abusan del alcohol.

Existe amplia evidencia sobre la efectividad de las intervenciones breves basadas en la teoría del aprendizaje social que se complementan utilizando componentes de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999), prevención de recaídas (Marlatt, 1985) y técnicas de autocontrol, dirigidas a personas con un patrón de consumo problemático sin

ser dependientes (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998; Babor & Grant, 1992; Sobell & Sobell, 1993).

Con estos dispositivos, se pretende satisfacer la demanda pública para reducir el costo social del abuso de las sustancias, pues ofrecen intervenciones de corta duración y bajo costo. Respecto a los adolescentes que consumen alcohol, se debe contar con diferentes aproximaciones de intervención, debido a que algunos programas pueden ser efectivos para un grupo o un individuo y para otros pueden no tener efectos significativos (Martínez, 2010).

Por ejemplo, para adolescentes no consumidores se cuentan con una gran cantidad de programas de prevención universal enfocados en el desarrollo de las diez habilidades para la vida que la Organización Mundial de la Salud establece como componentes esenciales de un desarrollo saludable (OMS, 2009; Mangrulkar, 2001), así como también programas para aquellos que ya presentan síntomas de dependencia.

Sin embargo, existe otro grupo de adolescentes que sin presentar aun síntomas de dependencia, si presentan problemas asociados con el consumo del alcohol; para este tipo de casos se recomiendan las intervenciones breves (Winters, Leitten, Wagner y O'Leary, 2007).

Al permitir las intervenciones breves la utilización de diferentes formatos para su aplicación, los terapeutas tienen la libertad de modificar de manera sistemática el número, duración o frecuencia de las sesiones con el objetivo de encontrar el formato que mejor se acople a los requerimientos de los usuarios. Así, se han reportado intervenciones de una sola sesión (Aubrey, 1998; Baer, 1992; Barnett, Monti & Wood, 2001, citados en Martínez, 2010), e intervenciones breves de tres a cinco sesiones (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Breslin, Sdao-Jarvie, Li, Tupker & Itting-Deland, 2002; Marlatt, 1998; Wagner, Brown, Monti, Myers & Waldron, 1999) que inciden en la disminución del consumo de alcohol y por ende, del daño asociado en los usuarios.

En México, dentro de las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA), se aplica entre otros tratamientos<sup>24</sup>, el Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA) con una duración aproximada<sup>25</sup> de cinco sesiones, con el propósito de disminuir el patrón de consumo de sustancias en los adolescentes y los problemas asociados a esa conducta. La población objetivo, son jóvenes entre 12 y 18 años de edad (nivel secundaria y bachillerato), con un consumo de alcohol o drogas en forma de abuso temprano o abuso en algunas situaciones, no mayor a dos años (Winters, 2001), sin ser dependientes a la sustancia (de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR<sup>26</sup>) y que presenten problemas relacionados. Esta intervención está diseñada para implementarse a través de cinco etapas: 1) Detección de casos, 2) Evaluación, 3) Inducción al tratamiento, 4) Tratamiento de cinco sesiones, y 5) Seguimientos al mes, tres, seis y doce meses de concluido el programa (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos & Ayala, 2005).

Dicho programa se ha evaluado con adolescentes consumidores de alcohol, marihuana y cocaína, evidenciando una reducción en el patrón de consumo (cantidad y frecuencia) de estos jóvenes, comparando las mediciones obtenidas en la línea base, durante el tratamiento y en el seguimiento. (Martínez, 2003; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008; Martínez, Pedroza & Salazar, 2008). Asimismo, se observó un aumento en la confianza situacional de los sujetos para el consumo de drogas (auto-eficacia), la disminución del número de problemas relacionados con el consumo, la utilización de estrategias que ayudaron a mantener el cambio alcanzado, el incremento en la satisfacción con el estilo de vida y la satisfacción de los usuarios con el tratamiento. Estos resultados coincidieron con los reportados por otras investigaciones realizadas con adolescentes en otros países (Breslin, 2002; Marlatt, 1998; Wagner, 1999).

---

<sup>24</sup> Bebedores Problema (PBP), Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC), Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM), Programa de Prevención de Recaídas (PPR), Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).

<sup>25</sup> Los programas se han ido ajustando de acuerdo a las necesidades y características de las diferentes poblaciones.

<sup>26</sup> Se trata de la tolerancia, el síndrome de abstinencia, el tiempo de consumo, la persistencia de la conducta a pesar de conocer los afectos adversos, la planeación y el consumo compulsivo.

Por otro lado, con respecto al Consejo Breve, el cual por definición consiste en una intervención que dura de 3 a 15 minutos en una sola sesión donde se evalúa y se implementan estrategias que favorecen el cambio conductual (OMS, 2011; Martínez, 2010), también ha sido aplicado y evaluado en México con adolescentes de características similares a los reportados en el PIBA. Los resultados han mostrado efectividad en la reducción del patrón de consumo y de los problemas asociados (Martínez, Pedroza, Vacio, Jiménez & Salazar, 2008). También, se ha concluido que el Consejo Breve es efectivo en el tratamiento de adicciones en aquellos grupos poblacionales donde se carece de recursos, servicios y profesionales especializados en intervenciones breves, como en áreas geográficas de difícil acceso y rurales (Martínez, Pedroza y Salazar, 2008).

Las anteriores investigaciones, han concluido que tanto el Consejo Breve como las Intervenciones Breves pueden ser considerados como una herramienta eficaz en la reducción del consumo de alcohol o drogas y de los problemas asociados a éste.

En el trabajo titulado *“Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes”* realizado en la Universidad Autónoma de Aguascalientes por el equipo liderado por la Dra. Kalina Isela Martínez Martínez (Martínez, 2010), se llevó a cabo un estudio comparativo de ambas intervenciones (Consejo Breve e Intervención Breve) en dos tipos de población: urbana y rural, concluyendo que en los adolescentes que recibieron el PIBA o el Consejo Breve se encontró evidencia significativamente estadística para afirmar que el patrón de consumo de alcohol disminuyó en comparación con los adolescentes que conformaron los grupos de control.

Asimismo, la mayoría de los participantes que recibieron alguno de los tratamientos mostraron una disminución en el nivel de riesgo, 90 por ciento de los que recibieron el PIBA y 65 por ciento de los que recibieron el Consejo Breve. Al cabo de un seguimiento a los seis meses, sus consumos fueron clasificados como de bajo riesgo.

También, se observó una disminución en el número de problemas relacionados con el consumo de alcohol de los adolescentes que recibieron alguna de las intervenciones, sin embargo, en los sujetos que recibieron el Consejo Breve el cambio en esta variable no fue estadísticamente significativo.

Por último, los adolescentes que recibieron el PIBA o el Consejo Breve incrementaron significativamente su auto-eficacia percibida para enfrentar de manera adecuada las situaciones de riesgo de consumo de alcohol.

Se concluye entonces, que las intervenciones breves de corte cognitivo conductual han arrojado información relevante para considerarlas una opción viable en la atención y tratamiento de las adicciones.



## Capítulo 4- Programas de Prevención y Atención primaria de las adicciones

Dentro del marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND) en el cual se definen los objetivos de las políticas públicas y se establecen las acciones específicas para lograrlos, dos en particular, se relacionan con la atención y prevención de las adicciones: *un México en Paz y un México Incluyente*, cuyo sustento se basa en la capacidad para demandar derechos por parte de la ciudadanía y el desarrollo social como prioridad para garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud (Objetivo 2.3) convirtiendo a las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la misma (Estrategia 2.3.2)

Continuando con la alineación estratégica para la atención y prevención de las adicciones, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA) define tres objetivos fundamentales: Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; Objetivo 2 Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; y el Objetivo 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida. Con especial énfasis la estrategia 1.4 del PROSESA establece el impulso a las acciones integrales para la prevención y control de las adicciones.

De los dos anteriores se desprende el Programa de Acción Específico para la Prevención y Atención de las Adicciones 2013-2018 (PAEPAA) cuyo objetivo es reducir la demanda de consumo de sustancias psicoactivas y los problemas derivados del mismo, conjuntamente entre gobierno y sociedad, bajo la coordinación de la Comisión Nacional Contra las Adicciones.

El objetivo general del PAEPAA, comprende establecer las políticas públicas orientadas a mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios para prevenir y atender integralmente los problemas de salud ocasionados por el uso, abuso y dependencia del tabaco, alcohol y otras drogas entre la población general, con énfasis en grupos de mayor riesgo, incorporando un enfoque intercultural, de género y de pleno respeto a los

derechos humanos, a fin de favorecer el acceso de la población a estos servicios, mediante el fortalecimiento de las acciones de capacitación, investigación, actualización del marco normativo y participación activa en el ámbito internacional.

Del objetivo general, se desprenden seis objetivos específicos:

Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas con énfasis en grupos vulnerables.

Objetivo 2. Fortalecer la cobertura de servicios de tratamiento para la atención integral de personas con uso, abuso y dependencia de drogas.

Objetivo 3. Fortalecer la formación y especialización de recursos humanos para la atención integral de adicciones mediante actividades de capacitación y profesionalización.

Objetivo 4. Contribuir al desarrollo de proyectos de investigación e innovación tecnológica en adicciones para fundamentar políticas públicas y toma de decisiones.

Objetivo 5. Promover el desarrollo y cumplimiento de la normatividad en materia de adicciones para contar con un marco regulatorio moderno y eficiente.

Objetivo 6. Fortalecer la presencia de México en el contexto internacional sobre temas relacionados con la atención integral de las adicciones.

Los tres instrumentos anteriores, PND, PROSESA y PAEPAA, son la base estratégica sobre la cual se construyen las políticas públicas y los programas de prevención y atención de las adicciones en México.

#### **4.1. La prevención y atención de las adicciones en México**

En la primera mitad del siglo veinte, la prevención y atención de las adicciones estaba en manos de la sociedad civil. Con la formación en 1946 del ~~M~~Mexico City Group+, primer caso documentado, se da el inicio formal de Alcohólicos Anónimos en México, asociación civil que perdura hasta la fecha, y sin la cual, no se podría entender la evolución y consolidación de la prevención y atención de las adicciones en el país.

Para finales de la década de los setenta del siglo veinte, surge Centros de Integración Juvenil (CIJ), como una Asociación Civil no lucrativa incorporada al sector salud, con el objetivo de atender el consumo de drogas entre los jóvenes. Su red nacional está conformada por 117 unidades distribuidas a lo largo del territorio nacional; 11 son de Hospitalización y 2 son Clínicas de Atención a Usuarios de Heroína. Además de brindar atención fomenta la investigación y educación en el campo de las adicciones, organizando un congreso anual que es referencia en los avances del tema.

Es importante mencionar, que aunque la sociedad civil ha contribuido de manera invaluable a la prevención y atención en materia de adicciones a través de una red de centros de tratamiento y actividades preventivas como pláticas y talleres, no siempre con base en información científica y libre de intereses y prejuicios, por lo que la información que llega a niños, jóvenes, adolescentes y padres de familia puede tener sesgos y estar distorsionada.

Asimismo, se han hecho grandes esfuerzos para reforzar el quehacer de los responsables de centros de tratamiento residenciales que sin contar con formación profesional coadyuvan en la labor de consejería, por lo que fue necesario el establecimiento del estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones, con el propósito de contribuir a la regulación y profesionalización de los servicios de prevención y atención de consumo de sustancias psicoactivas en establecimientos de ayuda mutua.

El estado ha mostrado interés a partir de la creación de instrumentos legislativos que regulan la prevención y atención del consumo de sustancias:

- Ley General de Salud (aplicable en todo el territorio nacional).
- Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en la CDMX.
- Ley para la protección de la salud de los no fumadores en la CDMX (reformada en 2008 y punta de lanza en México).

Por último, en respuesta al creciente fenómeno del consumo de sustancias, emerge a partir del 2008 una de las respuestas más sólidas y robustas para la prevención y atención de las adicciones por parte del Estado: Las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones, de las que se hablará con mayor detalle en el siguiente apartado.

#### **4.2. Qué es la atención primaria de la salud**

Según la Organización Mundial de la Salud, la atención primaria de salud se refiere a la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables. Es accesible universalmente a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país con el propósito de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autonomía y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es eje central y foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando lo más posible a la atención sanitaria a los sitios donde viven y trabajan las personas, erigiéndose como el primer elemento dentro del proceso de atención sanitaria continuada (OMS, 1978, p. 2).

### **4.3. Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones**

El uso, abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas, forman parte de un complejo fenómeno que impacta a la sociedad en todos sus ámbitos y que precisa de un abordaje integral para incidir en la solución del mismo.

Con base en el *Panorama Actual del Consumo de Sustancias en Estudiantes de la Ciudad de México*<sup>27</sup>, el consumo de alcohol y tabaco ha aumentado entre los jóvenes, y sobre todo, ha tenido un crecimiento significativo entre las mujeres quienes están presentando un consumo explosivo y abusan del alcohol casi a la par de sus congéneres masculinos. Asimismo, el consumo de marihuana ha mostrado un incremento preocupante sobre todo en los varones, mientras las mujeres continúan inhalando solventes. México se ha convertido en país de consumo, no sólo de paso (Villatoro y cols., 2015).

Afortunadamente, aunque la prevalencia de alguna vez en la vida representa más del 60 por ciento para alcohol y tabaco en jóvenes entre 12 y 18 años, los usuarios frecuentes son menos del 30 por ciento, comportamiento similar para otras drogas, por lo que la prevención se instaure como una de las estrategias más poderosas con las que se cuenta (Villatoro y cols., 2015).

La atención oportuna es relevante, si tomamos en cuenta que el proceso adictivo, entendido como el intervalo comprendido desde que se presentan los factores de riesgo asociados al uso de sustancias hasta la consolidación de una dependencia, puede interrumpirse en cualquier momento para evitar, retardar o reducir el consumo, disminuir los riesgos asociados al mismo y promover la rehabilitación de los individuos. Dicho de otra manera, entre más temprano se intervenga, menores serán las consecuencias negativas asociadas al consumo de sustancias al favorecer que un menor número de personas alcance la etapa de una dependencia.

---

<sup>27</sup> Villatoro, J., Oliva, N., Mujica, R., Fregoso, D., Bustos, M., y Medina-Mora, ME. (2015). *Panorama Actual del Consumo de Sustancias en Estudiantes de la Ciudad de México*. México, D.F: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Administrador Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones.

Atendiendo a la problemática presentada, es así, como a partir del año de 2009 comienzan a operar en la Ciudad de México<sup>28</sup> las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria a las Adicciones (UNEME CAPA), precisamente, para dar una respuesta contundente al creciente fenómeno del consumo de sustancias, erigiéndose éstas, como centros de referencia especializada para la prevención, atención y capacitación en materia de adicciones.

El concepto de las Unidades de Especialidad Médica (UNEME) proviene del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) y del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS), al considerar la necesidad de una nueva clasificación de unidades vinculadas a esquemas innovadores de inversión, tendientes a alcanzar una cobertura integral de servicios, particularmente en el rubro de alta especialidad, bajo las siguientes características:

1. Enfocadas a la atención ambulatoria; ofrecen servicios de especialidad en ambientes no hospitalarios.
2. Se aprovecha la infraestructura para la atención de un mayor número de pacientes y se reducen los tiempos de espera y los costos de operación.
3. Ofrece servicios ambulatorios especializados
4. Incorpora tecnologías de vanguardia que favorecen procedimientos cada vez menos invasivos, que reducen los riesgos y los tiempos de recuperación del usuario, facilitando su reincorporación familiar, laboral y social.
5. Proponen alcanzar una cobertura integral de servicios, particularmente en el rubro de la alta especialidad.

El MIDAS considera 6 tipos de UNEMES: Diagnóstico, Oncología, Hemodiálisis, Cirugía Ambulatoria, Prevención Enfermedades y Rehabilitación (Salud, 2003, 2006, 2007).

---

<sup>28</sup> De acuerdo a información proporcionada en la página electrónica de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), a la fecha operan 32 UNEME CAPA en la Ciudad de México y un total de 320 unidades en toda la República Mexicana, lo que instaura esta red de atención como la más numerosa de América Latina. [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx)

Las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), están comprendidas dentro del apartado de diagnóstico especializado y de prevención de enfermedades y rehabilitación junto a las UNEME de Enfermedades Crónicas EC y los Centros Ambulatorios para la prevención y control del VIH/Sida CAPASITS (salud, 2006). Las líneas de acción estratégicas para las UNEME-CAPA tienen su fundamento conceptual y operativo en lo siguiente:

**Plan Nacional de Desarrollo  
(PND)  
2013-2018**

***Objetivo 2.3** para asegurar el acceso a los servicios de salud*

***Estrategia 2.3.2** para hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud*

**Programa Sectorial de Salud  
(PROSESA)  
2013-2018**

***Estrategia 1.4** se establece e impulso a las acciones integrales para la prevención y control de las adicciones.*

La anterior alineación estratégica permite:

- a) Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones.
- b) La disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones UNEME CAPA.

- c) Operar a nivel nacional un sistema integral para el tratamiento de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas preventivas, de detección temprana, tratamiento y rehabilitación.
- d) Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de los aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas.

#### **4.3.1. Modelo de Atención UNEME CAPA**

Ofrece a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones, que contemple desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve; ambulatorio, accesible y de calidad. Dicho modelo otorga prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad y consumidores experimentales, a efecto de intervenir con ellos y sus familias en forma oportuna y evitar el desarrollo de trastornos por abuso o dependencia.

#### **4.3.2. Objetivos Específicos de la atención:**

- Atender los determinantes asociados al consumo de sustancias en la comunidad
- Disminuir la prevalencia del abuso y dependencia de sustancias a través de actividades preventivas
- Identificar en forma temprana a jóvenes susceptibles o vulnerables para el desarrollo del trastorno
- Intervenir tempranamente para su atención a fin de que no desarrollen la enfermedad
- Diagnosticar en áreas biopsicosociales a quienes padezcan la enfermedad
- Detener el desarrollo de la enfermedad en fases tempranas
- Brindar el apoyo necesario (información, orientación, psicoeducación) a las familias de pacientes con consumo experimental, abuso o dependencia



### 4.3.3. Estrategias

#### 1. Prevención

- Crianza Positiva

#### Talleres psicoeducativos

- Pláticas de sensibilización sobre ludopatía

#### 2. Tamizaje. Identificación precoz

- Habilidades para la vida

#### 3. Intervención breve

- Programa de de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo
- Intervención Breve para Usuarios de Marihuana
- Intervención Breve Motivacional para Fumadores
- Intervención Breve para Bebedores Problema
- Orientación a familiares de usuarios
- Programa para Padres de Adolescentes en Riesgo

#### 4. Tratamiento breve

- Tratamiento para ludopatía
- Tratamiento Breve para consumidores de Cocaína
- Programa de Satisfactores Cotidianos
- Programa de Prevención de Recaídas

#### 5. Derivación oportuna y de calidad

- Referencia y contrarreferencia

#### 6. Prevención de recaídas y cuidados posteriores

#### 7. Investigación-acción

Por último, en la Ciudad de México se cuenta con 32 UNEME CAPA distribuidas en las 16 delegaciones políticas (anexo 4).

## **Capítulo 5- Propuesta de capacitación para psicólogos no especializados de recién ingreso a las UNEME CAPA en la Ciudad de México**

En este apartado se desarrollará la propuesta de capacitación dirigida a psicólogos no especializados de reciente ingreso a las UNEME CAPA de la Ciudad de México, su justificación, su inserción dentro de la epistemología genética como fundamento teórico para el aprendizaje a partir de la interacción, sus contenidos y los alcances de la misma.

### **5.1. Planteamiento y justificación**

Como se mencionó en la introducción de este documento, se precisa que la atención de las adicciones, encaminada a satisfacer la demanda pública, se sustente en una teoría científica que a través de la evidencia demuestre sólidamente la efectividad de la misma, y por ende, que se cuente con el personal capacitado en la implementación de las diferentes intervenciones, lo que podría garantizar su eficacia y consistencia, reduciendo al mismo tiempo el costo social del abuso de las sustancias.

De manera más particular, se pone en evidencia que las razones que no permiten una implantación más amplia y profunda del modelo de Atención Primaria de Salud responden a limitaciones que incluyen desorganización, falta de políticas de incentivos, financiamiento y costos elevados, distribución desigual de servicios y, fundamentalmente, carencia de recursos humanos capacitados y dedicados a la atención primaria (Nebot, Rosales, Borrell & Bentz, 2009).

Por lo anterior, y con base en la declaración de la Consulta Regional 2005 celebrada en Montevideo, referente a mejorar la capacitación de los trabajadores de salud centrada en las competencias laborales, se propone el diseño de un curso taller de capacitación, con base en un curso elaborado por la Organización Panamericana de la Salud *Desarrollo de capacidades para la renovación de la Atención Primaria de Salud+* (OPS, 2007) y adaptado a las características de las UNEME CAPA.

Por último, se trata de un curso taller de inducción para personal operativo no especializado de psicología<sup>29</sup>, en el cual se han incorporado aspectos teóricos y prácticos, científicos, técnicos y humanos, y no obstante que la parte vertebral de la capacitación yace sobre los aspectos básicos de adicciones, se ha puesto especial interés en la solución de problemas, el manejo de la información para la toma de decisiones y en la equidad y eficiencia en la distribución de recursos, es decir, competencias básicas para el buen desarrollo laboral y promover la atención de calidad.

## 5.2. Procedimiento

1. Lectura y análisis de la categorización de competencias para profesionales de la salud de atención primaria, estipuladas en el curso virtual *Desarrollo de capacidades para la renovación de la Atención Primaria de Salud* elaborado por especialistas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007).

2. Lectura y análisis de los manuales de organización y procedimientos para las UNEME CAPA (CONADIC, 2015b, CONADIC, 2015c)

3. Con base en los dos puntos anteriores, se procedió a la adaptación de los contenidos para conformar un curso de capacitación dirigido a personal de psicología de nuevo ingreso no especializado, quedando la categorización de la del modo siguiente:

<b>1. Características específicas de la atención primaria de salud</b>	<b>2. Área clínica</b>
a) Sobre el servicio público	e) Trato al usuario
b) Interculturalidad	f) Atención centrada en el individuo e incorporación de la familia en el tratamiento
c) Trabajo en equipo	g) Prevención y atención de las adicciones
d) Referencia y contrarreferencia	h) Seguimiento efectivo en red y prevención de recaídas

<sup>29</sup> Cuando se hace referencia a personal no especializado de psicología, quiere decir que son profesionales que cuentan con grado de licenciatura y que no cuentan con especialidad o posgrado en adicciones u otra disciplina.

<p><b>3. Comunicación y manejo del conflicto</b></p> <p>i) Habilidades de comunicación y manejo del conflicto</p>	<p><b>4. Gestión del conocimiento</b></p> <p>j) Gestión del conocimiento</p>
<p><b>5. Salud pública y promoción de la salud</b></p> <p>k) Epidemiología sobre el consumo de sustancias y factores de riesgo presentes en la comunidad</p> <p>l) Habilidades para la vida</p> <p>m) Psicoeducación</p>	<p><b>6. Área de gestión</b></p> <p>n) Supervisión</p> <p>ñ) Gestión de la calidad</p> <p>o) Planificación y evaluación</p> <p>p) Gestión clínica</p>

### 5.3. Formato de la capacitación

Un curso se define como el contenido teórico de un programa de enseñanza donde se agota el aprendizaje de temas establecidos previamente por parte de un experto en el tema (Castillo, 2003).

Un taller puede definirse, como la dimensión que intenta superar la brecha entre teoría y la práctica al interaccionar el conocimiento con la acción y así aproximarse al campo de la tecnología. Es un espacio privilegiado de conocimiento donde confluyen teoría, análisis, reflexión, acción y sistematización (Castillo, 2003).

En consideración a los dos anteriores, un curso taller es el espacio donde se practica la teoría y se fomenta la participación activa del equipo de trabajo, de tal forma que se espera no sólo el aprendizaje teórico de una disciplina sino el desarrollo de las habilidades y actitudes que conforman las competencias básicas para el adecuado desarrollo profesional.

Por lo anterior y en concordancia con la teoría del conocimiento elegida y con los objetivos que incluyen el desarrollo de las competencias básicas, se ha elegido el formato de curso taller, esperando que este formato de enseñanza-aprendizaje permita a

los participantes desarrollar y reforzar conocimientos, habilidades y actitudes dirigidas a la prevención y atención de las adicciones en instituciones públicas.

## **5.4. Objetivos**

### **5.4.1. Objetivo general**

Promover el desarrollo de competencias del personal de psicología no especializado para realizar actividades tendientes a la prevención y atención de las adicciones en establecimientos públicos de atención primaria en adicciones.

### **5.4.2. Objetivos particulares**

- Capacitar a personal de psicología no especializado de nuevo ingreso en aspectos básicos de adicciones.
- Promover en el personal de psicología no especializado de nuevo ingreso el desarrollo de las competencias básicas para el buen desempeño laboral y la atención de calidad.
- Proporcionar al personal de psicología no especializado de nuevo ingreso elementos introductorios para el servicio público.

## **5.5. Contenidos**

- Los contenidos del curso taller se encuentran alineados a los objetivos del mismo.
- Junto a la carta descriptiva se elaboró un **cuadernillo de contenidos** con el propósito de que el personal cuente con los mismos y sirva como texto de apoyo (anexo 2).
- El cuadernillo será entregado a los participantes una semana antes de la capacitación, con el propósito de que se preparen dudas y comentarios sobre los contenidos.

## 5.6. Carta descriptiva

La teoría del conocimiento elegida para la construcción de la carta descriptiva es la epistemología genética de Jean Piaget, particularmente la noción de interacción, y aunque no es el propósito del presente documento disertar sobre dicha teoría, si es necesario hacer algunas precisiones.

### 5.6.1. Epistemología genética de Jean Piaget

En primer lugar, a diferencia del empirismo donde se concibe a la experiencia sensorial como punto de partida para la adquisición del conocimiento, a través de los estímulos del medio y las respuestas que ante estos emite el organismo, la epistemología genética de Jean Piaget considera el proceso de aprendizaje como una construcción y no como un simple registro sensorial, lo que conlleva remontarse a toda la historia del individuo para dar cuenta del proceso (García, 1998).

Cuando se menciona que la epistemología genética es una teoría constructivista, se refiere a que el proceso cognitivo se origina a partir de reorganizaciones parciales que conllevan a reestructuraciones totales, que pueden permanecer relativamente estables, hasta que otra reorganización conduzca a una nueva reestructuración. El concepto de *equilibración*<sup>30</sup> de Piaget juega un papel central en estos reajustes que originan nuevas estructuras de pensamiento; precisamente, estos periodos de estabilidad caracterizan los periodos de reestructuración y no deben ser entendidos como una mera acumulación de conocimiento (Fernández, 1999; García, 1998).

En segundo, es importante distinguir entre acción y manipulación ya que tradicionalmente se confunde la manipulación de objetos físicos con interacción, sin embargo, desde la teoría constructivista de Jean Piaget es importante considerar que la

---

<sup>30</sup> Se refiere a un factor interno que no está genéticamente programado; un proceso de autorregulación o compensaciones activas (reversibilidad) del sujeto, en reacción a perturbaciones exteriores. Piaget, J (1978). La equilibración de las estructuras cognitivas. Madrid: Ed. Siglo XXI.

construcción del conocimiento surge de la acción que el sujeto realiza sobre los objetos al interactuar con ellos, más dicha interacción no implica solamente la acción motriz:

*La acción, ya sea material, internalizada o de tipo social, involucra una transformación del objeto (no sólo una transformación física sino también conceptual), y una transformación del sujeto, y sea ampliando el dominio de sus esquemas o modificándolos.*+(García, 1998, p. 147).

Con base en esta teoría, se promoverá la ampliación del dominio de los esquemas de acción o la modificación de los mismos, no sólo a partir de brindarles información sobre el servicio público, las UNEME CAPA, las adicciones o competencias laborales sino a partir de métodos de enseñanza interactivos que incluyen actuaciones, discusiones abiertas, ensayo de habilidades y actividades en grupos pequeños.

Finalmente, se espera que lo aprehendido en la capacitación lo puedan extrapolar o generalizar a las actividades que habitualmente desarrollarán en las unidades donde laboran.

## **5.6.2. Especificaciones de la de carta descriptiva**

### **5.6.2.1. Nombre**

Curso de inducción a las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones

### **5.6.2.2. Duración**

El curso tendrá una duración de 18 horas repartidas en tres sesiones de 6 horas cada una.

### **5.6.2.3. Textos de apoyo**

- Cuadernillo para la capacitación de personal de psicología no especializado de nuevo ingreso a las UNEME CAPA.
- Libro %Decidiendo juntosõ Frente a las drogas+ editado por la Secretaría de Salud de la CDMX.

### **5.6.2.4. Objetivo General**

Promover el desarrollo de competencias del personal de psicología no especializado para realizar actividades tendientes a la prevención y atención de las adicciones en establecimientos públicos de atención primaria en adicciones.

### **5.6.2.5. Competencias**

Los psicólogos de recién ingreso desarrollarán conocimientos, habilidades y actitudes para:

1. Integrarse de manera adecuada al servicio público en general y a la institución receptora en particular a partir del conocimiento que obtengan del trabajo que se desarrolla en la misma y de algunas características que definen al servicio público.
2. Integrarse de manera adecuada a su equipo de trabajo a partir de la revisión de algunas de las competencias laborales necesarias para un buen desempeño laboral.
3. Identificar los riesgos a los que se enfrentan los adolescentes, conocimientos básicos sobre las drogas, las características y consecuencias del consumo, aprendizaje sobre mitos y realidades de las drogas, favorecer en niños y adolescentes la comunicación, autoestima, control de emociones, solución de problemas, desarrollo de hábitos saludables y manejo del tiempo libre.



## **5. 7. Evaluación del curso taller**

En congruencia con la teoría del conocimiento que se eligió para el diseño e implementación del curso de capacitación, reflejados en la carta descriptiva, se propone a manera de evaluación un ensayo pre y un ensayo post de las expectativas de los participantes en torno a su desempeño profesional y que contenga elementos de las siguientes áreas:

1. Conocimiento de las funciones vinculadas a su perfil profesional. En este punto se evaluarán los conocimientos sobre las funciones del profesional de la psicología en las UNEME CAPA.
2. Habilidades, actitudes y aptitudes para la atención y prevención de las adicciones. Conocimiento de las competencias básicas para la atención de calidad.
3. Nociones básicas sobre prevención y tratamiento de las adicciones. Adquisición de un repertorio básico sobre adicciones.
4. Expectativas del servicio público. Conocimiento de las características del servicio público y del desempeño profesional dentro de las instituciones que forman parte del mismo.

La evaluación consistirá en identificar el grado de integración de dichos elementos en el ensayo, comparando el pre con el post: adecuada cuando se identifiquen elementos de las cuatro áreas congruentes con la información vertida en el curso taller; suficiente cuando se identifiquen elementos de dos o tres áreas; y deficiente cuando sólo se identifiquen elementos de un área o ninguna.

## **5.8. Alcances y limitaciones**

Se trata de un curso introductorio dirigido a psicólogos de recién ingreso a las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones de la Ciudad de México. Profesionales que en su mayoría son recién egresados de las diferentes instituciones de educación superior y que no cuentan con experiencia laboral ni en el sector público ni en el privado y en algunas ocasiones no se han formado en alguna especialidad.

El presente curso trata de contribuir a disminuir la brecha entre academia y campo laboral y no pretende más que servir de introducción a los aspectos teóricos y prácticos, científicos, técnicos y humanos alineados normativamente a la institución receptora, a manera de inducción a la institución en particular y al servicio público en general.

Dentro de sus limitaciones, que a la vez son áreas de oportunidad, se encuentra el hecho de que por los objetivos establecidos no se ha profundizado en los contenidos revisados, por lo que el profesional interesado podrá profundizar en los temas ya sea de forma autodidacta al proporcionársele bibliografía especializada o bien, esperar a que de manera institucional se brinde la capacitación correspondiente cuando así se requiera.

## Conclusiones

Para contribuir a la profesionalización de la prevención y atención de las adicciones, desde los diferentes frentes desde los cuales se debe abordar este fenómeno tan complejo como multifactorial, es importante en primer orden, que las opiniones vertidas sobre el tema se hagan desde una base científica con evidencia sustentable y no como mero producto de opinión; en segundo, que la terminología utilizada se difunda y su utilización sea homogénea en todos los niveles involucrados para garantizar una atención confiable y efectiva.

Por otro lado, la corresponsabilidad de los medios de comunicación, sobre todo, aquellos dirigidos a población infantil y adolescente, juega un papel medular en la adopción de estilos de vida saludable. No es posible que la exaltación de valores ajenos a una vida saludable y la desinformación sobre las consecuencias negativas del consumo de sustancias psioactivas prevalezcan a la información veraz y científica.

Así pues, la prevención debe erigirse como eje fundamental, desde que la información proporcionada por las diferentes encuestas indica que la pirámide de atención aún se conforma en su parte gruesa por personas que no son consumidores consuetudinarios, ya que aunque la prevalencia de alguna vez en la vida representa más del 60 por ciento para alcohol y tabaco en jóvenes entre 12 y 18 años, los usuarios frecuentes son menos del 30 por ciento. Pero debido a su carácter multifactorial, dicha labor preventiva no debe limitarse a la información sobre los efectos nocivos del consumo de sustancias psioactivas, sino involucrar aquellos aspectos que socialmente contribuyen a la descomposición del tejido social; mientras existan situaciones de inequidad, pobreza, educación ineficiente, difícil acceso a la salud y una cultura pobre en cuanto al autocuidado en sus diferentes niveles (biológico, psicológico y social), resultará complicado que la prevención de las adicciones y de otras problemáticas tenga resultados eficientes. Es un esfuerzo de orden dialéctico, donde la erradicación de los factores de riesgo podría incidir en la disminución del consumo y la disminución del consumo en la erradicación de algunas problemáticas consideradas como un riesgo

latente, no sólo para el consumo de sustancias sino para la degradación del tejido social y sus costosas consecuencias.

La mayoría de los autores considera que la promoción temprana de los hábitos que refuercen estilos de vida saludables y promuevan el autocuidado, parece ser una adecuada herramienta para evitar problemas relacionados en etapas posteriores del desarrollo.

La atención primaria de salud juega un papel fundamental, por lo mismo, es importante que el complejo fenómeno de las adicciones se desprenda de mitos y prejuicios para promover la noción del adicto como un enfermo y no desde la visión sesgada del vicio. Además, es importante considerar que la inclusión de valores tendientes al respeto de la multiculturalidad y de la integralidad del individuo como parte de una familia y una comunidad y no desde la visión burócrata que lo convierte en dato para llenar formatos.

Las instituciones de salud deben apostar por la formación de recursos altamente calificados que coadyuven en el abordaje de las diferentes problemáticas desde el profundo conocimiento de un saber académico específico, y no desde la improvisación. A la larga, un personal altamente calificado puede incidir en la disminución de costos tanto económicos como sociales.

Por último, es importante dejar establecido que, como dijo Michel Foucault uno de los grandes pensadores del siglo veinte<sup>31</sup>, si la moral debe imponerse sobre el saber, que dicha moral esté constituida por la negación, es decir, no aceptar como evidente las cosas que se nos proponen; por la curiosidad, alimentada por esa humana necesidad de analizar y conocer todo a través de la reflexión y el entendimiento; y finalmente, por la innovación, buscando aquellas cosas que jamás han sido pensadas o imaginadas.

---

<sup>31</sup> Bess, M. (1988). Entrevista a Michel Foucault: El poder, los valores morales y el intelectual. *History of the present* No. 4 (marzo de 1988), 1-2, 11-13.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad, J. M. (2010). Planificación, evaluación y gestión sanitaria. Programa de la asignatura de Planificación Sanitaria de la Maestría en Salud Pública. Zaragoza, Aragón: Universidad de Zaragoza.

Alford, B. & Beck, A. (1997). The integrative power of cognitive therapy. New York: The Guilford Press.

Alles, M. A. (2000). Dirección estratégica de recursos humanos: gestión por competencias. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Norma.

Ameri, A. (1999). The effects of cannabinoids on the brain. *Progress in Neurobiology*, 58:315-348.

American Psychiatric Association (2014). DSM-5 Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana.

Anderson, P., Gual A. y Colon, J. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Ardila, R. (1989). Psicología del Aprendizaje (21a ed.). México, D.F.: Siglo Veintiuno Editores.

Aubrey L.L. (1998). Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol. 59 (3-B), Sep 1998, 1357.

Ayala, H.E., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 6, 71-93.

Babor, T.F. & Grant, M. (1992). Project on identification and management of alcohol related problems. Report on phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Geneva: World Health Organization.

Baer, S. J., Marlatt, G. A., Kivlahan, R. D., Fromme, K., Larimer, E. M. & Williams, E. (1992). Experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 974-979.

Barnett, J. S., Monti, P. M. & Wood, M. D. (2001). Motivational interviewing for alcohol involved adolescents in the emergency room. En E. F. Wagner & B.H. Waldron (Eds.). *Innovations in adolescent substance abuse intervention* (pp. 143-168). Oxford: Elsevier Science Ltd.

Barragán, L., Flores, M., Ramírez, A. N. y Ramírez, C. (2014). Manual del Programa de Prevención de Recaídas. México, D.F.: Salud/CONADIC/CENADIC.

Barragán, L. y López, F. (2013). GUÍA PARA EL TRATAMIENTO E INTEGRACIÓN SOCIAL EN MATERIA DE ADICCIONES: Casa de Medio Camino para personas con dependencia a Sustancias Psicoactivas desde la perspectiva cognitivo conductual. México, D.F.: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

Beckstead, M. J. & colab. (2000). Glycine and gamma-aminobutyric acid(A) receptor function is enhanced by inhaled drugs of abuse. *Molecular Pharmacology*, 57:1199. 1205.

Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Li, S., Tupker, E., & Itting-Deland, V. (2002). Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychological Addictive Behavior*, 16, 10-16.

Breslin, C., Sobell, M. B., Sobell, L. C., Cunningham, J. A., Sdao-Jarvie, K. & Borsoi, D. (1998). Problem drinkers: evaluation of a stepped-care approach. *Journal of Substance Abuse*, 10, 217-232.

Brownstein, M. J. (1993). A brief history of opiates, opioid peptides and opioide receptors. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 90:5391. 5393. Citado en Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C.: OPS. pp. 79.

Bulacio, J.M., Vieyra M. C. y Esteban, E.L. (2003). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp). Buenos Aires: ICCAp. Tomado de [http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/posterSEAS\\_sep\\_2006\\_Psicoeducacion.pdf](http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/posterSEAS_sep_2006_Psicoeducacion.pdf).

Carrascoza, C. A. Coordinador (2013). Aspectos culturales, sociales y preventivos de las adicciones en México. México, D.F.: CONACULTA.

Castillo, E. M. (2003). Los métodos de la enseñanza problémica como estrategia para el taller integrador I de la F.I.M.E. Tesis para obtener el grado de Maestría en la Enseñanza de las Ciencias con especialidad en Matemáticas. Facultad de Filosofía y Letras/Facultad de Ciencias Físico Matemáticas/Universidad Autónoma de Nuevo León.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2008). Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud CENETEC.

Chen, J.P. & colab. (1990). Delta 9-tetrahydrocannabinol produces naloxoneblockable enhancement of presynaptic basal dopamine efflux in nucleus accumbens of conscious, freely-moving rats as measured by intracerebral microdialysis. *Psychopharmacology*, 102:156. 162.

Centro de Investigación y Documentación sobre problemas de la Economía, el Empleo y las Cualificaciones Profesionales (2004). Cuadernos de trabajo: Gestión del conocimiento y capital intelectual. No. 31. Donostia-San Sebastián: CIDEC.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2017). Guías preventivas para niños, niñas, adolescentes, padres y maestros. Síntesis Ejecutiva. Dirección General Técnico Normativa. Salud/CONADIC.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2017b). Hablemos sobre el tabaco, alcohol y otras drogas. Guía preventivas para padres y maestros. Dirección General Técnico Normativa. Salud/CONADIC.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2015). Líneas de Acción del Programa de Prevención y Atención de las Adicciones 2015-2018. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2015b). Manual de procedimientos para las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2015c). Manual de organización para las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Community Anti Drug Coalitions of America CADCA (2017). Reducing drug use, one community at a time. Tomado de <http://www.cadca.org/about-us> el 13 de octubre de 2017.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2010). Prevención de las Adicciones y Promoción de las conductas saludables para una nueva vida. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2010b). El ABC de las drogas: ¿qué son los inhalables? México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2010c). Curso de Detección, Orientación y Consejería en Adicciones. METODO IDEAS. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2010d). Guía para la referencia/contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008). Modelo de Atención UNEME CAPA: Centros de Atención Primaria y Centros Nueva Vida+. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Cruz, S. L. (2014). Los Efectos de las Drogas De sueños y Pesadillas. México, D.F.: Trillas.

Cuadra, A. A. y Veloso, C. B. (2010). Grado de supervisión como variable moderadora entre liderazgo y satisfacción, motivación y clima organizacional. Ingeniare. Revista chilena de ingeniería, vol. 18-1: 15-25.

Echeverría, S.L., Carrascoza, V.C. y Reidl, M.L. Compiladores (2007). Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas. México, D.F.: UNAM.

Evans E. B. & Balster R. L. (1991). CNS depressant effects of volatile organic solvents. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 15:233. 241.

Evans A. C. & Raistrick, D. (1987). Phenomenology of intoxication with toluene based adhesives and butane gas. British Journal of Psychiatry, 150:769. 773.

Fainstein, H. N. (1997). La gestión de Equipos Eficaces. Buenos Aires: Editorial Macchi.

Fernández, C. Coordinadora (2014). CONSUMO DE DROGAS: riesgos y consecuencias. México, D.F.: CIJ.

Fernández, D. (1999). La teoría de la equilibración. Un modelo explicativo del desarrollo cognitivo. Catedra de Psicología y Epistemología Genética. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

García, V. S. (1998). Procesos psicológicos y museos de ciencias: interacción y construcción del conocimiento. Tesis para obtener grado de licenciatura. México, D.F.: Facultad de Psicología/UNAM.

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2011). Ley de interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal. México, D.F.: Jefatura de Gobierno. 7 de abril de 2011.

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2009). Ley de Salud del Distrito Federal. México, D.F.: Jefatura de Gobierno. 17 de septiembre de 2009.

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2008). Ley de Protección de Datos del Distrito Federal. México, D.F.: Jefatura de Gobierno. 3 de octubre de 2008.

Galiege, S. & colab. (1995). Expression of central and peripheral cannabinoid receptors in human immune tissues and leukocyte subpopulations. *European Journal of Biochemistry*, 232:54-61.

Gallegos, N. (2014). Encuentro: Hacia una política integral en prevención de la violencia, el delito y las adicciones. Coaliciones Comunitarias México: la transformación desde la comunidad. Toluca, México: Red de Coaliciones Comunitarias México/Salud/CONADIC. 21 de octubre de 2014.

Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). La Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, 136: 169-178.

Gobierno de la República (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México.

Hernández, E., Morales, J., Rodríguez, E. y Zenteno, R. (2008). Colecciones Educativas en Salud Pública. Producto de los módulos: Gestión del Conocimiento I y Salud Pública I (Generación 2007-2009 primer semestre). Primera edición, Xalapa, Veracruz: Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. ISSN: 1870-2767.

Hernández, J.L. (2013). Actualidad del fenómeno de las adicciones. Información contextual básica para la comprensión de la problemática de las adicciones desde la perspectiva psicosocial. En Carrascoza, C. A. Coordinador (2013). Aspectos culturales, sociales y preventivos de las adicciones en México. Pags. 27-70. México, D.F.: CONACULTA.

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. & Swenson, C. (1999). Dialectical Behavior Therapy-Family Skills Training. *Family Process*, 38: 399-414. doi:10.1111/j.1545-5300.1999.00399.x

Humeniuk R.E., Ali, R.A., Babor T.F., Farrell M., Formigoni M.L., Jittiwutikarn J., Boerngen de Larcera R., Ling, W., Marsden, J., Monteiro, M., Nhiwhatiwa, S., Pal, H., Poznyak, V. & Simon, S. (2008). Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*, 103(6):1039-1047.

Humeniuk, R.E., Dennington, V. & Ali, R.L. (2008). The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial. Geneva, World Health Organization.



Instituto Electoral del Distrito Federal (2014). Talleres de participación ciudadana: Trabajo en equipo y manejo de conflictos/Comunicación eficaz. México, D.F.: Instituto Electoral del Distrito Federal IEDF. Dirección Ejecutiva de Participación Ciudadana.

Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (2014). El Abuso de Drogas y la Drogadicción. Recuperado el 09 de Octubre de 2016, de Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. Biblioteca Virtual. El Abuso de Drogas y la Drogadicción:  
[http://www.iapabibliotecavirtual.com.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35:e](http://www.iapabibliotecavirtual.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=35:e)

Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México y UNAM. Instituto de Investigaciones Sociales (2012). Consulta Juvenil Sobre Adicciones en el Distrito Federal. México, D.F.: UNAM. Instituto de Investigaciones Sociales. Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

Jacobs M.R. & Fehr, K.B. (1987). *Drugs and drug abuse: a reference text*, (2nd ed.) Toronto, Canada. Addiction Research Foundation.

Jaffe, J.H. (1990). Drug addiction and drug abuse. En Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C.: OPS. pp. 79.

Jaramillo, R.M. (2012). Trabajo en equipo. México, D.F.: Salud. Subdirección de Administración y Finanzas. Dirección General de Recursos Humanos. Departamento de Capacitación y Desarrollo de Habilidades.

Katzenbach, J.R. & Smith, D.K. (2005). *Discipline of Teams: Organizational Culture*. Organizational Development. Harvard Business Review. Brighton, MA. July-august 2005 issue.

Koob, G.F. (1992). Neural mechanisms of drug reinforcement. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 28:171. 191.

Mangrulkar, L. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Programas de Salud y Desarrollo Humano (SDH), una división de Education Development Center, Inc. (EDC). Sweden: Organización Panamericana de la Salud.

Mariño, M.C., González-Forteza, C., Andrade, P. y Medina-Mora, M.E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21 (1), 27-36.

Marlatt, G.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Dimmeff, L.A., Larimer, M.E., Quigley, L.A., Somers J.M. & Williams E. (1998). Screening and brief interventions for high-risk college students drinkers: Results from a two year follow-up assessment. *Journal of Consulting Clinical Psychological*, 66, 604-615.

Marlatt, G. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model, en Marlatt, G & Gordon, J. (Eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press. Pp. 1-70.

Martin, B.R. & colab. (1976). 3H-delta-9-tetrahydrocannabinol tissue and subcellular distribution in the central nervous system and tissue distribution in peripheral organs of tolerant and nontolerant dogs. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 196:128. 144. En Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C.: OPS. pp. 79.

Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Munera, P. y Verdejo-García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 18-24.

Martínez, K.I., Pedroza, F.J., Salazar, M.L. y Vacio, M.A. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 3 (12-10 / 3-11), 35-53.

Martínez, K.I., Pedroza, F.J., Vacio, M.A., Jiménez, A.L., y Salazar, M.L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 247-264.

Martínez, K.I., Salazar, M.L., Pedroza, F.J., Ruiz, G.M., & Ayala, H.E. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 31, 119-127.

Martínez, K.I., Salazar, M.L., Ruiz, T.G., Barrientos, C.V., y Ayala, H.E. (2005). Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del terapeuta. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Méndez, M. y Cruz, C. (1999). Mecanismos cerebrales de reforzamiento del alcohol. II. Bases neuroquímicas: papel del sistema opioide. *Revista de Salud Mental*, V. 22, No. 1, enero 1999.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Molina-Holgado, F., Lledo A. & Guaza, C. (1997). Anandamide suppresses nitric oxide and TNF-alpha responses to Theiler's virus or endotoxin in astrocytes. *Neuroreport*, 8:1929. 1933.

Morales, S., Gordillo, T. y Chávez, M. (2013). *Guía para el Tratamiento e Integración Social en Materia de Adicciones: Adolescentes con Consumo de Sustancias Psicoactivas*. México, D.F.: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

Moreno, K. y Fernández, C. Coordinadoras (2014). *La Evidencia en Contra de la Legalización de la Marihuana*. México, D.F.: Trillas.

Moreno, P. (2017). *Modelo de Gestión de Calidad en Salud*. México, Ciudad de México: Salud/Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud/Dirección General de Calidad y Educación en Salud/Subdirección.

National Institute for Drug Abuse (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Recuperado el 09 de Octubre de 2016, de National Institute for Drug Abuse. *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>

National Institute for Drug Abuse (2010). *Terapia cognitiva conductual (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina y nicotina)*. Recuperado el 15 de febrero de 2017, de National Institute for Drug Abuse. *Principios de tratamiento para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-dro-10>

National Institute for Drug Abuse (2004). Cómo prevenir el abuso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes comunitarios. Bethesda, Maryland, USA.: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas (NIDA). 2ª edición.

Nebot A.C., Rosales, C. y Borrell, R.M. (2009). Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009; 26(2):176. 83.

Nutt D.J. & Malizia, A.L. (2001). New insights into the role of the GABA (A) benzodiazepine receptor in psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 179:390. 396.

O'Brien, C.P. (2001). Drug addiction and drug abuse. En: Goodman and Gilman's: The pharmacological basis of therapeutics, 10a. ed. Nueva York, EE.UU. McGraw Hill: 621. 667.

Ong, W.Y. & Mackie, K. (1999). A light and electron microscopic study of the CB1 cannabinoid receptor in primate brain. Neuroscience, 92:1177. 1191.

Organización de los Estados Americanos (2013). El Problema de las Drogas en las Américas: Capítulo 2: Drogas y Salud Pública; p.79; cm. (OEA Documentos Oficiales). Washington D.C.: OEA.

Organización Mundial de la Salud (2016). Enfermedades Crónicas. Recuperado el 09 de Octubre de 2016, de Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Enfermedades Crónicas: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

Organización Mundial de la Salud (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias Manual para uso en la atención primaria. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la Salud en el Mundo 2008 . Atención primaria de salud: Dar prioridad a la persona. Capítulo 3 p.p. 43-63 Ginebra: Organización Mundial de la Salud OMS.

Organización Mundial de la Salud (2009). Glosario de Términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Organización Mundial de la Salud (2006). Tabaco: mortífero en todas sus formas. Día Mundial sin Tabaco 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Organización Mundial de la Salud (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington D.C.: OPS.

Organización Mundial de la Salud (2003). Habilidades para la Vida. Una propuesta educativa para vivir mejor. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS. Septiembre 06-12.

Organización Panamericana de la Salud (2011). Inter-American Drug Abuse Control Commission Report on drug use in the Americas, 2011. p.; cm. (OAS Official Records Series; OEA Ser.L) ISBN 978-0-8270-5707-4 1. Drug abuse America. 2.

Organización Panamericana de la Salud (2010). Intervención Breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Washington, D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS. ISBN 92 75 32699 1

Organización Panamericana de la Salud (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington, D.C.: OPS.

Ortiz, A., Martínez, R. y Meza, D. (2015). Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana No. 58. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México D.F.

Papalia, D. E. (2010). Desarrollo Humano. México, D.F: Mc Graw Hill Interamericana. Undécima edición.

Pasternak, G.W. (1993). Pharmacological mechanisms of opioid analgesics. *Clinical Pharmacology*, 16:1. 18. En Organización Mundial de la Salud. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington D.C.: OPS. pp. 79.

Pertwee, R.G. (2001). Cannabinoid receptors and pain. *Progress in Neurobiology*, 63:569. 611.

Pertwee, R.G. (1997). Pharmacology of cannabinoid CB1 and CB2 receptors. *Pharmacology and Therapeutics*, 74:129. 180.

Rodríguez de Fonseca F & colab. (1997). Activation of corticotropin-releasing factor in the limbic system during cannabinoid withdrawal. *Science*, 276:2050. 2054.

Sagi-Vela, L. (2004). Gestión por competencias: el reto compartido del crecimiento personal y de la organización. Madrid, España: ESIC Editorial.

Santibáñez, P., Román, M.F., Lucero, C., Espinoza, A.E., Iribarra, D.E. y Müller, P.A. (2008). Variables inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26 (1), 89-98. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>

Secretaría de Salud (2016). Informe Anual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones SISVEA 2015. México: Dirección General de Epidemiología.

Secretaría de Salud (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2009). Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México, Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación 21 de agosto de 2009.

Secretaría de Salud (2008). Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud. México, Distrito Federal: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Secretaría de Salud (2007). Programas de acción específica 2007-2012. Prevención y Tratamiento de las adicciones. México, Distrito Federal: Salud/Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Secretaría de Salud (2006). Modelo Integrador de Atención a la Salud, MIDAS. México, Distrito Federal: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2006b). Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud. Marco Conceptual: ¿Por qué capacitar? México, Distrito Federal: Salud/Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Secretaría de Salud (2003). Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud Red de servicios de Atención a la Salud. México, Distrito Federal: Salud/Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, DGPLADES.

Secretaría de Salud (1995). Modelo de Atención para Población Abierta. México, Distrito Federal: Salud/Subsecretaría de Servicios de Salud.

Senge, P. (2006). La Quinta disciplina. Primera edición, segunda reimposición. Buenos Aires: Granica. ISBN 978-950-6414-21-4

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (2015). Programa de Interculturalidad de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Programa Operativo Estatal 2015. México, Distrito Federal: Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF).

Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1993). Problem drinkers: Guided self-change treatment. New York: Guilford Press.

Tanda, G., Pontieri, F.E. & Di Chiara, G. (1997). Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common 1-opioid receptor mechanism. *Science*, 276:2048. 2050.

Temes, J. M. (2001). Gestión clínica. Ventajas e inconvenientes. *Arbor* CLXX, 670 (10- 2001), 363-370 pp.

Universidad Pontificia Bolivariana UPBBGA (2011). Departamento de Psicología. Enfoque cognitivo conductual. Apuntes de psicología. Bogotá: UPBBGA.

UNODC (2016). Informe Mundial sobre las Drogas 2016 de la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC): Informe Ejecutivo. Recuperado el 19 de enero de 2017, de Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC): [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)

Vahondo, D. (2003). Gestión del conocimiento: del mito a la realidad. Madrid: Ediciones Santos. ISBN 847978542X, 9788479785420.

Vargas, F., Casanova, F. y Montanaro, L. (2001). El enfoque de competencia laboral: manual de formación. Montevideo, Uruguay: Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (OIT/Cinterfor).

Villatoro, J. y Medina-Mora, M.E. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Ciudad de México., México: INPRFM.

Villatoro, J., Oliva, N., Mujica, R., Fregoso, D., Bustos, M., y Medina-Mora, M.E. (2015). Panorama Actual del Consumo de Sustancias en Estudiantes de la Ciudad de México. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Administrador Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones.

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Téllez, M., Mendoza, L.R., Romero, M., Gutiérrez, JP., Castro, M., Hernández, M., Tena, C., Alvear, C. y Guisa, V. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. México, D.F., México: INPRFM.

Wagner, E., Brown, S., Monti, P., Myers, M., & Waldron, H. (1999). Innovations in adolescents in adolescent substance abuse intervention. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 23, 236-249.

Weir, E. (2001). Inhalant use and addiction in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 164:397.

World Health Organization ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*, 97:1183-1194.

World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000 . Health Systems: Improving Performance*+Geneva: World Health Organization WHO.

World Health Organization (1996). Brief Interventions Study Group. A cross national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health* 86. 948-955.

Winters, K., Leitten, W., Wagner, E.F., & O'Leary, T. (2007). Use of brief interventions for drugs abusing teenagers within a middle and high school setting. *The Journal of School Health*. 17, 196-206.

Winters, K. (2001). Assessing Adolescent Substance use problems and others areas of functioning: State of the art. En P.M. Monti., S.M. Colby & T.A. O'Leary (Eds.). *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching teens through brief interventions* (pp. 80-108). New York: Guilford Press.

Yanome, M. (2006). *El Concepto de Servicio Público y su régimen jurídico en México*. México, Distrito Federal: UNAM/Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Yavich, L. & Zvartau, E. (1994). A comparison of the effects of individual organic solvents and their mixture on brain stimulation reward. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 48:661. 664.

Yavich, L., Patkina, N. & Zvartau, E. (1994). Experimental estimation of addictive potential of a mixture of organic solvents. *European Neuropsychopharmacology*, 4:111. 118.

**A N E X O 1**  
**Carta descriptiva**

**CARTA DESCRIPTIVA**

<b>Nombre:</b>	<b>Curso taller de inducción a las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA).</b>
<b>Duración:</b>	El curso taller tendrá una duración de 18 horas repartidas en tres sesiones de 6 horas cada una.
<b>Materiales didácticos</b>	Cuadernillo de capacitación para personal de psicología no especializado de nuevo ingreso a las UNEME CAPA; Libro <i>¿Decidiendo juntos frente a las adicciones+</i>
<b>Objetivo general</b>	Promover el desarrollo de competencias del personal de psicología no especializado para realizar actividades tendientes a la prevención y atención de las adicciones en establecimientos públicos de atención primaria en adicciones.
<b>Competencia:</b>	<p>Los psicólogos de nuevo ingreso desarrollarán conocimientos, habilidades y actitudes para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover estilos de vida saludables; brindar consejería en adicciones.; brindar información sobre aspectos básicos; brindar psicoeducación y orientación en adicciones.</li> <li>2. Integrarse de manera adecuada a su equipo de trabajo a partir de la revisión de algunas de las competencias básicas para un buen desempeño laboral y promover la atención de calidad.</li> <li>3. Integrarse de manera adecuada al servicio público en general y a la institución receptora en particular a partir del conocimiento que obtengan del trabajo que se desarrolla en la misma y de algunas características que definen al servicio público.</li> </ol>

**SESIÓN 1**

<b>Resultados de aprendizaje</b>	<b>Temas y subtemas</b>	<b>Actividades por sesión</b>	<b>Recursos didácticos</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Duración</b>
<p>Crea un ambiente cordial y apropiado para el desarrollo de las actividades y para iniciar relaciones interpersonales.</p> <p>Obtiene conocimiento de los objetivos del curso taller y sobre las reglas de actuación dentro del mismo.</p>	<p><b>1. Bienvenida.</b></p> <p><b>1.1. Distención.</b></p> <p><b>1.2. Presentación /Encuadre.</b></p>	<p><b>1. Bienvenida.</b> El facilitador da la bienvenida a los participantes; menciona la el objetivo general y los resultados de aprendizaje del taller (competencias).</p> <p><b>2. Dinámica de distención.</b> Se solicita a los participantes se pongan de pié en un espacio sin obstáculos con un área libre equivalente a estirar los brazos; con los ojos cerrados inhalar profundo y soltar lentamente el aire. Pedir a los participantes que empiecen a caminar en círculo y cuando el facilitador diga ¡a correr pavos! Deberán moverse más rápido haciendo un sonido similar al que hacen los guajolotes.</p> <p><b>3. Presentación/encuadre.</b> El facilitador pide que cada participante se presente diciendo su nombre, profesión, actividades que realiza así como sus expectativas de este taller y a qué se compromete. El facilitador se presenta primero y les entrega unas etiquetas u hojas blancas para que escriban su nombre o cómo les guste ser llamados para que las coloquen en un lugar visible para facilitar recordar los nombres de todos.</p> <p>El facilitador acuerda junto con los participantes las reglas de convivencia señalando la importancia que tiene la asistencia, la puntualidad y la participación activa para el aprendizaje. Finalmente el facilitador retroalimenta sobre las reglas, las expectativas y las competencias del curso taller ofreciendo una cordial bienvenida y deseando éxito a todos los participantes.</p>	<p>Rotafolio</p> <p>Hojas para rotafolio</p> <p>Plumones</p> <p>Etiquetas auto adheribles</p>	<p>Producto de trabajo: hoja de rotafolio con reglas, competencias y objetivos.</p> <p>(Las cuales estarán visibles a lo largo de todas las sesiones)</p>	<b>30 min</b>



**SESIÓN 1**

<b>Resultados de aprendizaje</b>	<b>Temas y subtemas</b>	<b>Actividades por sesión</b>	<b>Recursos didácticos</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Duración</b>
Explica las características, principales de la adolescencia, abordándola como etapa estratégica para la prevención del alcohol, tabaco y otras drogas.	<b>2. Adolescencia.</b>	<p><b>4. Lluvia de ideas.</b> El facilitador indaga de los participantes con base en la experiencia de cada uno, las implicaciones de ser adolescente y las características principales de esa etapa de la vida. Les pide que digan lo que les venga a la mente, que expresen lo que piensen y sientan, al tiempo que se escribe todo lo que se mencione en una hoja de rotafolio.</p> <p>El promotor escribe en el rotafolio todo lo que se vaya diciendo.</p>	<p>Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones</p>	Hace preguntas para verificar la comprensión del tema y subtema.	<b>5 min</b>
	<b>2.1. La adolescencia como etapa llena de cambios.</b>	<p><b>5. Expositiva-participativa.</b> El facilitador expone el subtema 2.1 describiendo las principales características de la adolescencia, enfatizando que es una etapa llena de cambios (pubertad) y que se caracteriza por la búsqueda de autonomía (experimentación) y de un sentido de pertenencia (importancia de los pares y de las figuras significativas).</p> <p>Durante la exposición, motiva la participación y despeja dudas.</p>	<p>Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones</p>		<b>10 min</b>
	<b>2.2. La adolescencia como grupo objetivo de atención prioritaria.</b>	<p><b>6. Expositiva-participativa.</b> El facilitador expone el subtema 2.2. Cuáles son los riesgos en la adolescencia que convierten a este grupo etario en prioritario para la atención. Hace énfasis en que esta etapa se caracteriza por la búsqueda de autonomía y de un sentido de pertenencia; y que padres y maestros juegan un rol fundamental, pues su apoyo contribuirá a prevenir el consumo de drogas.</p> <p>Durante la exposición resuelve dudas y motiva la participación.</p>	<p>Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones</p>		<b>15 min</b>
	<b>2.3. Encuesta de consumo en estudiantes de la CDMX 2015.</b>	<p><b>7. Actividad grupal.</b> El facilitador solicita que se reúnan en tercias y reflexionen sobre los riesgos en la adolescencia: Posteriormente cada grupo expondrá sus reflexiones al grupo.</p> <p>El promotor promueve que se llegue a una conclusión grupal.</p>	<p>Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones</p>	Reflexión grupal.	<b>20 min</b>
			<p><b>8. Expositiva-participativa.</b> El facilitador expone el subtema 2.3. Adolescencia y consumo de drogas en México, destacando la necesidad de dimensionar el problema y actuar a favor de la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.</p> <p>Al finalizar, se llegan a conclusiones grupales.</p>	<p>Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones</p>	Hace preguntas para verificar la comprensión del subtema.
		<b>Receso</b>			<b>20 min</b>

**SESIÓN 1**

<b>Resultados de aprendizaje</b>	<b>Temas y subtemas</b>	<b>Actividades por sesión</b>	<b>Recursos didácticos</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Duración</b>
Conoce las características generales de las sustancias psicoactivas.	<b>3. Conociendo el proceso adictivo.</b>  <b>3.1 Qué es una droga/sustancia psicoactiva.</b>	<b>9. Expositiva-participativa.</b> El facilitador introduce al tema 3 y expone el subtema 3.1 Definiendo que es una droga, el uso del término sustancia psicoactiva y la clasificación de las sustancias de acuerdo a los efectos.  Durante la exposición, promueve la participación y aclara dudas.	Rotafolio  Hojas de rotafolio  Plumones	Hace preguntas para verificar la comprensión del tema.	<b>20 min</b>
Distingue entre uso, abuso y dependencia, a través de la descripción del proceso adictivo.		<b>10. Expositiva-participativa.</b> El facilitador explica el subtema 3.2. Fases del proceso adictivo. Uso, abuso, dependencia. Hace hincapié en la posibilidad de lograr una dependencia o adicción si no se interrumpe a tiempo el proceso. La experimentación como proceso normal de la adolescencia puede ser nociva si se acompaña de factores de riesgo.  Durante la exposición, promueve la participación y aclara dudas.	Rotafolio  Hojas para rotafolio  Plumones		<b>20 min.</b>
	<b>3.2. Fases del proceso adictivo.</b>	<b>11. Actividad grupal.</b> El facilitador pide que se reúnan en tercias y que elaboren un ejemplo en donde se identifique el uso, abuso y dependencia.  Al finalizar la actividad pide a dos equipos que compartan su ejemplo.	Hojas blancas  Lápices o plumas	Verifica que los equipos hayan realizado la actividad adecuadamente para distinguir entre uso, abuso y adicción.	<b>15 minutos</b>
Identifica los diferentes procesos que ocurren en el cerebro cuando se consume alcohol, tabaco y otras drogas.		<b>3.3 Cómo se afecta el cerebro con el consumo de drogas.</b>	<b>12. Expositiva-participativa.</b> El facilitador hace una introducción al subtema 3.3 Lo que pasa en el cerebro con el consumo de drogas.	Rotafolio  Hojas para rotafolio  Plumones	Verifica que todos los equipos hayan realizado el mapa mental de manera adecuada.
	<b>13. Actividad grupal.</b> El facilitador pide que se reúnan en equipos de 5 personas y que lleven a cabo un mapa mental de lo que pasa en el cerebro si se consume alcohol, tabaco y otras drogas. Durante la actividad, aclara dudas.  Al finalizar, pide que 2 equipos expliquen su mapa al grupo. Posteriormente todos los equipos pegan su mapa en las paredes.		Hojas de rotafolio  Plumones	<b>20 min</b>	

**SESIÓN 1**

<b>Resultados de aprendizaje</b>	<b>Temas y subtemas</b>	<b>Actividades por sesión</b>	<b>Recursos didácticos</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Duración</b>
Identifica las diversas causas por las que las y los adolescentes consumen drogas.	<b>3.4 ¿Qué lleva a las y los adolescentes a consumir tabaco, alcohol y otras drogas?</b>	<b>14. Expositiva-participativa.</b> El facilitador expone el subtema 3.4 Qué lleva a las y los adolescentes a consumir tabaco, alcohol y otras drogas.  Durante la exposición se motiva a los participantes a compartir sus experiencias.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Hace preguntas para verificar la comprensión del tema.	<b>10 min</b>
		<b>Receso</b>			<b>20 min</b>
Explica las características y efectos del consumo de alcohol, para prevenir su consumo en adolescentes.	<b>4. Alcohol. Efectos y consecuencias del alcohol.</b>	<b>15. Expositiva . participativa.</b> El facilitador expone sobre los efectos y consecuencias relacionadas al consumo del alcohol. Trago estándar y diferentes tipos de bebidas alcohólicas. Diferencias sexuales. Prácticas de riesgo y puerta de entrada al consumo de drogas ilegales. Al finalizar, reflexiona con el grupo acerca de la importancia de prevenir el consumo de alcohol en adolescentes. Durante la exposición motiva la participación de los presentes y aclara dudas.  Al finalizar, reflexiona con el grupo acerca de la importancia de prevenir el consumo de alcohol en adolescentes.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Hace preguntas a los participantes sobre el tema y subtema para verificar su comprensión.	<b>25 min</b>
		<b>16. Actividad grupal.</b> El facilitador pide que se formen equipos de 4 integrantes. Les pide que cada equipo discuta la pregunta ¿De qué manera forma parte el alcohol de la cotidianidad de los adolescentes? ¿Cuáles son las consecuencias más graves y las que más se observan? ¿Qué acciones específicas pueden utilizar para prevenir su consumo?  Durante la actividad el facilitador despeja dudas. Pide que 2 equipos expongan sus respuestas al grupo. Llegan a conclusiones grupales.	Hojas Plumones	Verifica que los equipos respondan las preguntas de la actividad.	<b>25 min</b>
Explica las características y efectos del consumo de tabaco.	<b>5. Tabaco.</b>  <b>5.1 Sustancias contenidas en el cigarro.</b>  <b>5.2 ¿Qué pasa en el organismo cuando se fuma tabaco?</b>	<b>17. Expositiva-participativa.</b> El facilitador expone el tema 5. Tabaco.  <b>Resaltar que a pesar de que se trata de una droga legal, su venta en menores es ilegal.,</b> las y los adolescentes deben saber que es una droga que provoca alteraciones en el funcionamiento normal del organismo causando graves perjuicios. Sustancias tóxicas y cancerígenas. La nicotina una de las sustancias con mayor poder adictivo. Consecuencias del consumo de tabaco en el organismo.  Durante la exposición motiva la participación de los presentes y aclara dudas.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones		<b>30 min</b>
Explica las características y efectos del consumo de drogas ilegales.	<b>6. Otras drogas. Drogas ilegales.</b>	<b>18. Expositiva-participativa:</b> El facilitador explica el tema 6 Drogas ilegales, revisando la información de cada una de ellas (marihuana, alucinógenos, heroína, inhalables, cocaína y drogas sintéticas). Durante la exposición motiva la participación de los presentes y aclara dudas.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Verifica que la información de cada droga sea abordada por los equipos.	<b>30 min</b>

SESIÓN 1					
Resultados de aprendizaje	Temas y subtemas	Actividades por sesión	Recursos didácticos	Evaluación	Duración
Retroalimenta.		<b>19. Cierre sesión 1.</b> El facilitador concluye la sesión retomando información relevante, con el fin de que los participantes reflexionen sobre el contenido y expongan sus dudas. Anota en el rotafolio los puntos principales de la sesión. (Adolescencia, proceso adictivo, alcohol y tabaco).	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones		<b>10 min</b>
SESIÓN 2					
Define contexto y contenidos.		<b>20. Encuadre.</b> El facilitador recapitula la sesión anterior promoviendo la participación de los asistentes. Presenta programa de la sesión 2.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones		<b>10 min</b>
Identifica el papel que juegan en el proceso adictivo los factores de riesgo y los factores protectores.	<b>7. Factores protectores y factores de riesgo asociados al consumo de drogas.</b>	<b>21. Expositiva-participativa:</b> El facilitador expone los subtemas 7.1 y 7.2 Factores de riesgo y Factores protectores. Menciona la importancia de conocer los factores de riesgo para prevenirlos, ya que entre más expuestos estén las y los adolescentes, será más probable que consuman drogas. Así como la importancia de reforzar los factores protectores.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Verifica la comprensión del tema haciendo preguntas.	<b>30 min</b>
	<b>7.1 Factores de riesgo.</b>	<b>22. Actividad individual:</b> El facilitador forma cuatro equipos y se les pide a 2 que reflexionen sobre los factores protectores y cómo fomentarlos. A los otros dos equipos se les pide que reflexionen sobre los factores de riesgo y cómo disminuirlos.  Realizar conclusión grupal.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones Hojas blancas Lápices o bolígrafos	Verifica que se lleve adecuadamente la actividad.	<b>20 min</b>
	<b>7.2 Factores protectores.</b>	<b>23. Expositiva-participativa:</b> El facilitador expone el subtema 7.3 Tamizaje. Remarcando la importancia de separar la población para la atención correspondiente. POSIT para adolescentes y ASSIST para adultos.  Durante la exposición motiva la participación de los presentes y aclara dudas.	Material impreso  Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Verifica la comprensión del tema haciendo preguntas.	<b>25 min</b>
Explica la importancia de la detección temprana.	<b>7.3 Tamizaje. POSIT y ASSIST.</b>	<b>24. Expositiva-participativa.</b> El facilitador expone sobre la importancia de la detección temprana motivando que el grupo aporte su experiencia e ideas a para realizar una conclusión grupal. Continúa con el método IDEAS para brindar consejería en adicciones.. Se dividen 5 equipos de trabajo para que cada equipo exponga un componente del método de consejería. Conclusión por parte del facilitador.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Verifica la comprensión del tema haciendo preguntas.	<b>35 min</b>
		<b>Receso</b>			<b>20 min</b>

SESIÓN 2					
Resultados de aprendizaje	Temas y subtemas	Actividades por sesión	Recursos didácticos	Evaluación	Duración
Identifica los mitos y realidades del tabaco, alcohol y otras drogas, como herramienta para prevención del consumo.	<b>7.5 Mitos y realidades.</b>	<b>25. Actividad grupal.</b> El facilitador forma 3 equipos, a cada uno asigna una sustancia y les pide generen 3 mitos sobre la sustancia:: equipo 1. Tabaco, equipo 2. Alcohol y equipo 3. Otras drogas. Un integrante de cada equipo ejemplifica un mito para que el resto lo comente. Posteriormente cada equipo debe resolver el mito con información científica.	Cuadernillo de capacitación	Verifica la comprensión del tema haciendo preguntas.	<b>30 min</b>
Identifica acciones concretas que contribuyan a prevenir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los adolescentes.		<b>7.6 Diez Recomendaciones para prevenir adicciones de CONADIC.</b>	<b>26. Expositiva-participativa:</b> El facilitador expone las 10 recomendaciones de CONADIC para prevenir adicciones, destacando la importancia de promoverlas.  Reflexiona con el grupo sobre qué otras acciones, de acuerdo con su experiencia, pueden implementar o han implementado con éxito para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	Rotafolio Hojas para rotafolio Plumones	Hace preguntas a los participantes sobre el subtema para verificar su comprensión.
Describe los principales hábitos para que las y los adolescentes tengan una vida saludable y libre del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	<b>7.7 Hábitos de vida saludable.</b>		<b>27. Expositiva-participativa:</b> El facilitador explica el subtema Hábitos de vida saludable.  Fomenta la discusión grupal, reflexiona sobre la importancia de estos hábitos y se generan conclusiones grupales.	Rotafolio Hojas para rotafolio Plumones	
Describe los hábitos para una vida sana y libre de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.		<b>7.8 Promoción de conductas saludables.</b>	<b>28. Actividad grupal:</b> El facilitador forma 4 equipos.  Cada equipo deberá dialogar y reflexionar sobre el fomento de una vida sana y libre de adicciones a través de hábitos saludables.  Posteriormente cada equipo deberá exponer su reflexión al resto del grupo con la supervisión del facilitador.	Rotafolio Hojas para rotafolio Plumones	Verifica la comprensión del subtema a través del contenido de las reflexiones de los equipos.
Explica la importancia de brindar psicoeducación a los usuarios y familiares.	<b>7.9 Psicoeducación.</b>		<b>29. Expositiva-participativa.</b> El facilitador expone sobre la importancia de brindar psicoeducación. Da a conocer los 6 talleres psicoeducativos disponibles en las unidades.  Durante la exposición motiva la participación de los presentes y aclara dudas.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Pregunta a los participantes sobre el subtema para verificar su comprensión.
			<b>Receso</b>		

SESIÓN 2					
Resultados de aprendizaje	Temas y subtemas	Actividades por sesión	Recursos didácticos	Evaluación	Duración
Conoce las 10 habilidades para la vida propuestas por la OMS.	<b>8. Habilidades para la vida.</b>	<b>30. Expositiva y participativa.</b> El facilitador expone sobre las 10 habilidades para la vida propuestas por la OMS. Expone y resuelve dudas.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Pregunta a los participantes.	<b>30 min</b>
Identifica la manera en que pueden aplicarse en la cotidianidad.		<b>31. Actividad grupal. El facilitador forma 5 equipos.</b> Cada equipo expone dos habilidades, brinda ejemplos y propone estrategias para aplicarlas en su vida cotidiana.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Evalúa el contenido de las exposiciones.	<b>40 min</b>
Retroalimenta.		<b>32. Cierre sesión 2.</b> El facilitador concluye la sesión retomando información relevante, con el fin de que los participantes reflexionen sobre el contenido y expongan sus dudas. Anota en el rotafolio los puntos principales de la sesión. (otras drogas, factores protectores y de riesgo, tamizaje, detección temprana, mitos y realidades, psicoeducación, habilidades para la vida).	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones		<b>10 min</b>
SESIÓN 3					
Define contexto y contenidos.		<b>33. Encuadre.</b> El facilitador recapitula la sesión anterior promoviendo la participación de los asistentes. Presenta programa de la sesión 3.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones		<b>10 min</b>
Conoce modelo de atención de las UNEME CAPA.	<b>9. UNEME CAPA.</b>	<b>34. Expositiva-participativa.</b> El facilitador expone sobre el modelo de atención de las UNEME CAPA. Intervenciones breves de corte cognitivo conductual. Importancia del seguimiento efectivo en red y prevención de recaídas. Referencia y contrarreferencia. Expone y resuelve dudas.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Pregunta a los participantes sobre el subtema para verificar su comprensión.	<b>40 min</b>
Identifica aspectos relevantes para la atención al usuario.	<b>10. Área clínica.</b>	<b>35. Expositiva-participativa.</b> Inducción a temas de relevancia clínica. El facilitador pone en evidencia características fundamentales para la atención que influyen en la adherencia terapéutica y el éxito de los tratamientos.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Pregunta a los participantes sobre el subtema para verificar comprensión de subtemas.	<b>5 min</b>
Identifica características positivas del abordaje integral desde la interculturalidad.	<b>10.1 Interculturalidad.</b>	<b>36. Expositiva-participativa.</b> El facilitador expone la relevancia de promover la disposición del reconocimiento para potenciar las relaciones sobre un eje horizontal hacia el respeto y la convivencia social. Expone y resuelve dudas.			<b>10 min</b>
Resalta la atención centrada en el individuo como parte de una familia y una comunidad.	<b>10.2 Atención centrada en el individuo e incorporación de la familia en el tratamiento.</b>	<b>37. Expositiva-participativa.</b> El facilitador expone la importancia que tiene el concebir a las personas, como individuos y como miembros de una familia y una comunidad cuya salud debe protegerse y mejorarse, y no solamente como partes anatómicas aisladas con síntomas o trastornos que requieren tratamiento. Expone y resuelve dudas.			<b>10 min</b>

**SESIÓN 3**

<b>Resultados de aprendizaje</b>	<b>Temas y subtemas</b>	<b>Actividades por sesión</b>	<b>Recursos didácticos</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Duración</b>
Identifica elementos dirigidos a satisfacer las expectativas no médicas de los usuarios relevantes para el área clínica.	<b>10.3 Trato al usuario.</b>	<b>38. Expositiva-participativa.</b> El facilitador expone la importancia que tiene el trato al usuario referente a la satisfacción de las expectativas no médicas de los usuarios. Trato digno, autonomía, comunicación, confidencialidad, atención oportuna, infraestructura de calidad, opinión de terceros. Expone y resuelve dudas.		Pregunta a los participantes sobre el subtema para verificar comprensión de subtemas.	<b>10 min</b>
Desarrolla habilidades de comunicación para mejorar el trabajo en equipo.	<b>11. Trabajo en equipo.</b> <b>11.1 Importancia del trabajo en equipo.</b> <b>11.2 Habilidades de comunicación. La comunicación como base del éxito del equipo de trabajo.</b>	<b>39. Expositiva-participativa:</b> El promotor expone el tema 9. Trabajo en equipo como una característica específica de la atención primaria en salud. Define la noción de equipo; resalta la importancia del trabajo en equipo y el desarrollo de habilidades de comunicación para crear un ambiente apropiado y para la resolución de los conflictos.  Durante la exposición motiva la participación y resuelve dudas.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Pregunta a los participantes sobre el subtema para verificar comprensión de subtemas.	<b>35 min</b>
		<b>Receso</b>			<b>20 min</b>
Desarrolla habilidades para fomentar el manejo de emociones para promover un ambiente de trabajo cordial y saludable.	<b>11.3 Manejo de las emociones para una comunicación efectiva.</b>	<b>40. Actividad grupal:</b> El facilitador solicita que se formen 5 equipos; el número de integrantes dependerá del total de participantes. A cada uno le asigna una emoción básica (alegría, enojo, tristeza, miedo, sorpresa) y les pide que respondan las siguientes preguntas:  ¿Qué reacciones físicas y conductuales son características de la emoción? ¿Cómo se maneja? ¿Qué se puede hacer para manejarla de forma positiva?  El facilitador les pide que anoten sus respuestas en una hoja y elijan a un representante para que las comente con el resto del grupo. El facilitador destaca la oportunidad de aprender a manejar las emociones para el desarrollo de una comunicación efectiva.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones		<b>40 min.</b>
Desarrolla habilidades para la resolución de problemas y toma de decisiones adecuadas.	<b>11.4 Manejo del conflicto. Resolución de problemas y toma de decisiones.</b>	<b>41. Expositiva-participativa:</b> El facilitador imparte el subtema 11.4 Resolución de problemas y toma de decisiones.  Reflexiona con el grupo acerca de cómo los miembros del equipo de trabajo pueden contribuir en la resolución positiva del conflicto y en la toma de decisiones. Se llegan a conclusiones grupales.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Pregunta a los participantes sobre el subtema para verificar su comprensión.	<b>20 min.</b>



**SESIÓN 3**

<b>Resultados de aprendizaje</b>	<b>Temas y subtemas</b>	<b>Actividades por sesión</b>	<b>Recursos didácticos</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Duración</b>
Identifica acciones tendientes al adecuado manejo administrativo de la unidad.	<p><b>12. Área de Gestión.</b></p> <p><b>12.1 Supervisión.</b></p> <p><b>12.2 Gestión del conocimiento.</b></p> <p><b>12.3 Gestión de la calidad.</b></p> <p><b>12.4 Gestión clínica.</b></p> <p><b>12.5 Planificación y evaluación.</b></p>	<p><b>42. Expositiva-participativa.</b> El facilitador explica que el manejo administrativo es indispensable para el adecuado funcionamiento de una unidad médica.</p> <p><b>43. Expositiva-participativa.</b> El facilitador explica la importancia y características de la supervisión en una unidad médica.</p> <p><b>44. Expositiva-participativa.</b> El facilitador explica la importancia y características de la gestión del conocimiento (captura de datos en las bases de información).</p> <p><b>45. Expositiva-participativa.</b> El facilitador explica la importancia y características de la gestión de la calidad.</p> <p><b>46. Expositiva-participativa.</b> El facilitador explica la importancia y características de la gestión clínica.</p> <p><b>47. Expositiva-participativa.</b> El facilitador explica la importancia y características de la adecuada planificación y evaluación.</p>	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones	Hace preguntas a los participantes sobre el subtema para verificar su comprensión.	<b>60 min</b>
		<b>Receso</b>			<b>20 min</b>
Identifica algunas características fundamentales del servicio público.	<b>13. Sobre el servicio público.</b>	<b>48. Expositiva-participativa.</b> El facilitador diserta sobre algunas características propias del servicio público. Definición. Reflexiones sobre el buen servidor público.	Rotafolio Hojas de rotafolio Plumones		<b>15 min</b>
Reflexiona sobre la realización de acciones afirmativas para garantizar la equidad.	<b>13.1 qué clase de servidor quiero ser.</b>	<p><b>49. Actividad grupal. Las sillas.</b> El facilitador pide a cinco voluntarios se sienten en una fila de sillas dispuesta al centro del salón. Justo frente a la primera silla hay un cesto donde los participantes depositarán las pelotas que se les proporcionarán para la actividad. A la primera participante se le dan 5 pelotas con la instrucción de que puede hacer todo lo que quiera incluso levantarse de la silla y acercarse al cesto para depositar las pelotas; al segundo tres pelotas con la instrucción de que no puede levantarse de la silla teniendo que encestar desde su lugar; al tercero se le vendan los ojos; el cuarto se le pide que salga cuando se están dando las instrucciones; el quinto solo puede mover el brazo izquierdo. Gana quien enceste más pelotas.</p> <p>Se retroalimenta desde las relaciones horizontales y equidad y de las acciones que cada uno podemos hacer para garantizar la equidad de derechos en el acceso a la salud.</p>	5 sillas  Pañuelo  12 pelotas	Propicia reflexión sobre el servicio público.	<b>30 min</b>
		<p><b>50. Cierre de la sesión/curso:</b> El facilitador realiza la conclusión final del curso taller.</p> <p>Promueve que cada participante externe su compromiso personal y social para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y su compromiso como servidor público. Agradece la participación de cada uno de los asistentes.</p>		Retroalimenta participación del grupo.	<b>20 min.</b>



**A N E X O 2**  
**Cuadernillo para capacitación**

**Cuadernillo de contenidos para el curso taller de inducción a las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA)**

## Índice

### I. Propósito

### II. Tópicos clave

#### Tema 1. Características específicas de la atención primaria de salud

- 1.1. Sobre el servicio público
- 1.2. Interculturalidad
- 1.3. Trabajo en equipo
- 1.4. Referencia y contrarreferencia

#### Tema 2. Área clínica

- 2.1. Trato al usuario
- 2.2. Atención centrada en el individuo e incorporación de la familia en el tratamiento
- 2.3. Prevención y atención de las adicciones
  - 2.3.1 Adolescencia
  - 2.3.2. Panorama Actual del consumo de sustancias en estudiantes de la CDMX 2015
    - a. Tabaco
    - b. Alcohol
    - c. Otras drogas
  - 2.3.3. Conceptos básicos para el tratamiento y atención de las adicciones
    - a. Qué es una sustancia psicoactiva
    - b. Cómo se clasifican las sustancias psicoactivas
      - b.1. Estimulantes del Sistema Nervioso Central
      - b.2. Depresores del Sistema Nervioso Central
      - b.3. Opioides
      - b.4. Alucinógenos
      - b.5. Cannabinoides
      - b.6. Inhalables o solventes volátiles
  - 2.3.4. Definiendo el proceso adictivo
    - a. Factores de riesgo
    - b. Patrones de consumo
    - c. Dependencia o adicción

**d. Tamizaje**

**d.1. POSIT**

**d.2. ASSIST**

**e. Detección temprana. Método IDEAS**

**2.4. Intervenciones breves desde el enfoque cognitivo conductual**

**2.5. Modelo de Atención UNEME CAPA**

**2.6. Seguimiento efectivo en red y prevención de recaídas**

**Tema 3. Comunicación y manejo del conflicto**

**3.1 Habilidades de comunicación y manejo del conflicto**

**Tema 4. Gestión del conocimiento**

**4.1 Gestión del conocimiento**

**Tema 5. Salud pública y promoción de la salud**

**5.1 Epidemiología sobre el consumo de sustancias y factores de riesgo presentes en la comunidad**

**5.2 Habilidades para la vida**

**5.3 Psicoeducación**

**Tema 6. Área de gestión**

**6.1. Supervisión**

**6.2. Gestión de la calidad**

**6.3. Planificación y evaluación**

**6.4. Gestión clínica**

## **I. Propósito**

Este cuadernillo fue elaborado con la intención de servir como guía y apoyo para los contenidos del curso taller de inducción a las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA); en éste podrán encontrar la guía temática, los tópicos clave y referencias bibliográficas para ampliar el conocimiento en cada uno de los temas.

Se espera que a partir de la lectura del presente cuadernillo, puedan obtener el conocimiento básico para explicar cada uno de los tópicos clave.

## **II. Tópicos clave**

Se refiere a los conocimientos mínimos necesarios que se deben manejar para poder iniciar el trabajo en las UNEME CAPA y estar en condiciones de recibir capacitaciones de mayor especialidad.

### **1. Adolescencia.**

La adolescencia como etapa llena de cambios.

La adolescencia como grupo objetivo de atención prioritaria.

Encuesta de consumo en estudiantes de la CDMX 2015.

### **2. Conociendo el proceso adictivo.**

Qué es una droga/sustancia psicoactiva

Fases del proceso adictivo.

Cómo se afecta el cerebro con el consumo de drogas.

### **3. Alcohol.**

Efectos y consecuencias del consumo de alcohol.

### **4. Tabaco.**

Sustancias contenidas en el cigarro.

Qué pasa en el organismo cuando se fuma tabaco

### **5. Otras drogas. Drogas ilegales.**

Efectos y consecuencias del consumo de drogas ilegales

### **6. Factores protectores y factores de riesgo asociados al consumo de drogas.**

Factores de riesgo.

Factores protectores.

Tamizaje. POSIT y ASSIST.

Detección temprana.

Mitos y realidades.

Diez Recomendaciones para prevenir adicciones de CONADIC.

Hábitos de vida saludable.  
Promoción de conductas saludables.  
Psicoeducación.

### **7. Habilidades para la vida.**

10 habilidades para la vida propuestas por la Organización Mundial de Salud

### **8. UNEME CAPA.**

Qué son las UNEME CAPA  
Modelo de Atención

### **9. Área clínica.**

Interculturalidad.  
Atención centrada en el individuo e incorporación de la familia en el tratamiento.  
Trato al usuario.

### **10. Trabajo en equipo.**

Importancia del trabajo en equipo.  
Habilidades de comunicación. La comunicación como base del éxito del equipo de trabajo.  
Manejo de las emociones para una comunicación efectiva.  
Manejo del conflicto. Resolución de problemas y toma de decisiones.

### **11. Área de Gestión.**

La importancia de supervisar al equipo de trabajo  
Gestión del conocimiento.  
Gestión de la calidad.  
Gestión clínica.  
Planificación y evaluación.

### **12. Sobre el servicio público.**

Qué clase de servidor quiero ser.

## Tema 1

### Características específicas de la atención primaria de salud

Según la Organización Mundial de la Salud, la atención primaria de salud se refiere a la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables. Es accesible universalmente a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país con el propósito de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autonomía y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es eje central y foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando lo más posible a la atención sanitaria a los sitios donde viven y trabajan las personas, erigiéndose como el primer elemento dentro del proceso de atención sanitaria continuada (OMS, 1978, p. 2).

#### 1.1. Sobre el servicio público

De acuerdo al Jurista Mauricio Yanome Yesaki, el servicio público puede considerarse como:

*Se trata de una actividad que se deriva de la función administrativa cuyos ejecutantes se apoyan en la obra pública existente, en su ampliación o en construcciones nuevas, para la continua, eficaz y regular satisfacción de un interés general o colectivo. Lo anterior, bajo los principios de continuidad, mutabilidad e igualdad de los usuarios+(Yanome, 2006, p. 6).*

Más adelante, el mismo autor citando en su obra al experto en derecho fiscal Dr. Narciso Sánchez Gómez<sup>32</sup>, comparte una definición de servidor público:

*El régimen jurídico aplicable a todas las personas físicas que desempeñan un empleo, cargo o servicio público dentro de la organización propia de los Poderes del Estado, de tal manera que la gestión de esta elevada misión está constituida por el funcionamiento, distribución y estructura de las esferas de competencia entre los órganos que integran el gobierno de un país a quienes encomienda la realización de los fines que se propone alcanzar.+(Yanome, 2006, p. 7).*

---

<sup>32</sup> Sánchez Gómez, Narciso, Primer curso de derecho administrativo, México, Porrúa, 2003, p. 379.

Por último, un pequeño párrafo a manera de reflexión:

La rendición de cuentas es un deber ético de toda persona servidora pública, es así como el principio y obligación de publicidad menciona que la información manejada por las y los servidores públicos no pertenece a ellos sino a los ciudadanos. Por lo tanto, toda información ha de estar, en principio, abierta al escrutinio y control de los ciudadanos. Incluso, en los casos en que sea necesario reservar algún tipo de información, esto sólo se podrá hacer conforme a lo dispuesto por una norma legal y no por la decisión arbitraria de un servidor público (eapdf<sup>33</sup>, 2017).

Por último, es importante contextualizar el ámbito desde donde tendremos que realizar nuestro trabajo con la finalidad de acomodar nuestras expectativas a las características del mismo.

## **1.2. Interculturalidad**

Hablar de interculturalidad, es hablar de diversidad y de relaciones horizontales; es crear las condiciones de igualdad y respeto para todas las personas, donde la institución como el servidor público deben promover la equidad en el acceso a los servicios.

La ley de interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal, exige a todos los servidores públicos en la Ciudad de México su observancia y diligencia. La presente Ley ~~es~~ aplicable a las y los sujetos de la ley sin distinción alguna por motivos de sexo, preferencia y condición sexual, raza, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento, o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas+(GODF, 2011).

Lo anterior siempre en el entendimiento de que la riqueza de una comunidad reside en su diversidad y en el respeto irrestricto a la misma, además de contemplar el enfoque de género como un tamiz necesario al momento de efectuar cualquier análisis de los condicionantes sociales que pueden favorecer u obstaculizar el respeto a la diversidad.

Asimismo, como parte de los procesos de Gestoría de Calidad, es importante retomar y dar cumplimiento a los lineamientos de interculturalidad contenidos en el *Programa de Interculturalidad de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal* (SSPDF, 2015)

---

<sup>33</sup> Escuela de Administración Pública del Distrito Federal (eapdf) <http://www.eapvirtual.df.gob.mx/virtual/>



Dichos lineamientos comprenden lo siguiente:

La interculturalidad promueve, un estilo de relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes, conviven e interactúan dentro de espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos comunes. No obstante, a diferencia de la multiculturalidad, donde un grupo cultural mantiene una hegemonía sobre las demás poblaciones, en la interculturalidad se promueve la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones sobre un eje horizontal hacia el respeto y la convivencia social.

En esta relación intercultural, se favorece el entendimiento mutuo entre personas de culturas diferentes, comprendiendo las distintas formas de percibir la realidad y el mundo, al facilitar y promover, la apertura para la escucha y el enriquecimiento de todos los involucrados.

En el caso de las instituciones de Salud, los usuarios de los servicios refieren la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la discriminación de que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la percepción de la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal. Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural+(SSPDF, 2015 p.10).

### **1.3. Trabajo en equipo**

No es arriesgado imaginar que muchas de las tareas cotidianas que realizamos serían sumamente complejas sin el esfuerzo común, lo anterior aplica en todas las esferas de desenvolvimiento,, incluyendo organizaciones y empresas:

Al existir la necesidad de mantener contactos en la empresa, los equipos de trabajo sustituyen cada vez más al trabajador individual que toma decisiones y ordena, donde los grupos asumen decisiones con más riesgo y aprenden con más rapidez (Jaramillo, 2012).

Un equipo de trabajo se refiere a un grupo de personas encaminadas hacia un mismo objetivo y responsabilidad, que desarrollan un método, estrategia y procedimiento de trabajo que permite

combinar y complementar las habilidades de cada uno de sus miembros en beneficio del proyecto común o meta (Katzenbach y Smith, 2005; Fainstein, 1997).

Un grupo se vuelve equipo a través de la colaboración de sus integrantes. Todos los miembros del equipo deciden voluntariamente ofrecer parte de su individualidad, esfuerzo y energía a un objetivo máximo, trabajar en equipo (Jaramillo, 2012).

El trabajo en equipo tiene un objetivo a lograr y los miembros del mismo están convencidos de que esta es la mejor manera de conseguirlo. El valor añadido y la riqueza que diferencia a un grupo de otro vienen de la diversidad de lo que cada uno de los integrantes aporta y la comunicación que utilicen (Katzenbach y Smith, 2005; Fainstein, 1997).

El trabajo en equipo se hace de mejor manera y en menor tiempo, es una habilidad que se aprende, las personas se cansan menos y se crea un mejor ambiente de trabajo (Jaramillo, 2012).

#### **1.4. Referencia y contrarreferencia**

Seguramente quienes vivimos en las grandes ciudades, alguna vez nos hemos sentido perdidos y desesperados al no poder encontrar una dirección o alguna colonia. Caminamos muchas cuadras y preguntamos varias veces, sin embargo, quienes nos han respondido más que acercarnos nos alejan aún más de nuestro destino. Puede ser que una gran cantidad desista en el intento, otros continúen y los menos lleguen. Lo mismo puede pasar cuando una persona preocupada por su salud acude a una unidad y por no ser del nivel de especialidad que se requiere para atender su padecimiento, se le envía a otra. Un buen diagnóstico y una buena referencia puede significar la diferencia entre recibir la atención adecuada o empeorar.

Como antecedente, el Modelo de Atención para Población Abierta (MASPA, 1995) establece que la organización de las redes de servicios coadyuva en la integralidad de la atención, permitiendo complementar los servicios que prestan las unidades, sin la necesidad de aumentar la capacidad instalada y los recursos humanos existentes, y es precisamente a través de esta red, que debe fortalecerse el sistema de referencias que constituye en sí mismo un procedimiento de enlace y coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención (primaria, secundaria

y terciaria) con el objetivo de facilitar el envío de pacientes de una unidad operativa a otra de mayor complejidad.

La Ley de Salud del Distrito Federal (GODF, 2009) establece en su capítulo 16 párrafo XVII como una atribución del Jefe de Gobierno %Garantizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia y las acciones de prevención y atención médica, particularmente en materia de accidentes y urgencias en el Distrito Federal; en su capítulo 20, art. 83 fracción VII que el Gobierno debe %Promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares para la salud y de la población en general, en materia de exposición y consumo de sustancias psicoactivas, así como para la atención médica de las personas afectadas por éstas y para la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones del proceso de superación del consumo de sustancias psicoactivas+.

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, es clara al señalar que cuando un establecimiento de salud este imposibilitado para brindar la atención que requiera un usuario, éste se deberá derivar a otro nivel de atención más especializado o de mayor complejidad con el propósito de recibir el tratamiento adecuado, con base en el tipo de sustancia utilizada, patrones de consumo, edad, género, síndromes de dependencia y consumo y problemas asociados al consumo (Salud, 2009).

Por último, los procedimientos de referencia y contrarreferencia se encuentran establecidos en la Guía para la Referencia/Contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones (CONADIC, 2010d)

## Tema 2

### Área clínica

La clínica se refiere a la actividad médica o psicológica directa al cuidado de los usuarios (Temes, 2001). En este apartado se revisarán algunas de las características que sin estar directamente relacionadas con la atención médica/psicológica, si influyen en la adherencia terapéutica y éxito del tratamiento.

#### 2.1. Trato al usuario

Uno de los principales indicadores para la evaluación de los logros de los sistemas de salud, de acuerdo a la OMS, se refiere a la satisfacción de las expectativas no médicas de los usuarios, es decir, la capacidad de respuesta del sistema o trato al usuario (WHO, 2000).

El incremento en la capacidad de respuesta impacta directamente en el bienestar de la población ya que una adecuada satisfacción con los aspectos no médicos del sistema se manifiestan en una mayor adherencia a tratamientos y en una búsqueda de atención más oportuna. Dicho de otra manera, como se había mencionado en el apartado sobre interculturalidad, el decremento en el trato al usuario, en todos los elementos que lo conforman, influye en el desapego a las indicaciones médicas, en una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia al uso de los servicios (SSPDF, 2015; WHO, 2000).

Es importante delimitar conceptualmente el trato al usuario para diferenciarlo de otro concepto que aunque comparte algunas intersecciones, no es lo mismo: *la satisfacción del paciente*, que se relaciona más con interacciones clínicas de tipo individual y con decisiones médicas.

El trato al usuario, se refiere a los aspectos no médicos y al sistema de salud como un todo, no únicamente a la interacción personal con los profesionales de salud, a partir de lo que los usuarios esperan recibir de dichos servicios, ya sea como usuarios de los servicios (calidad en las instalaciones y en la atención) o como individuos (que se garanticen sus derechos básicos).

Los elementos que conforman el trato al usuario están, contenidos dentro de la carta de los derechos de los pacientes editada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico<sup>34</sup> (CONAMED)

**Trato digno.** Se refiere al derecho de ser tratado como persona con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información:

Libertad de tránsito y movimiento (personas con discapacidad por ejemplo)

Ser tratado con respeto por el personal médico y no médico con el cual se tiene relación durante la prestación del servicio.

Derecho a disfrutar de privacidad durante la exploración.

**Comunicación.** Es el derecho de los usuarios a resolver todas sus dudas, recibiendo información suficiente, de calidad y oportuna sobre su padecimiento y las diferentes opciones de tratamiento. Originalmente estas acciones se contemplaban en el áreas de trato digno pero diversas reuniones de expertos coincidieron en que la comunicación era un elemento tan importante que merecía ser considerada como un dominio independiente.

**Autonomía.** Se define como libertad para auto dirigirse. Bajo el contexto de la evaluación del sistema se integra por cuatro derechos fundamentales:

El derecho a participar en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento.

Que se le solicite consentimiento informado par realizar tratamiento o pruebas diagnósticas.

El derecho de los individuos a rehusar el tratamiento.

**Confidencialidad.** Es un derecho que la Ley de Protección de Datos del Distrito Federal garantiza, en tanto es el usuario quien decide que ente puede tener acceso a la información relacionada con su salud, y el adecuado manejo que los resguardatarios de dicha información deben observar (GODF, 2008):

Llevar a cabo las consultas de manera que se proteja la privacidad de los usuarios.

Garantizar la confidencialidad de la información relacionada con el paciente.

---

<sup>34</sup> Para los interesados en una copia de la carta de los derechos de los pacientes pueden obtenerla en la siguiente dirección: Mitla 250 esq. Eugenia, Col. Narvarte, Benito Juárez, C.P. 03600, México, Ciudad de México. También pueden obtenerla de la siguiente dirección electrónica: [www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx)

**Atención pronta u oportuna.** Atención inmediata en casos de urgencia y tiempos razonables de espera en los casos que no lo sean; la atención pronta se asocia con conceptos como accesibilidad y disponibilidad.

**Calidad de las comodidades básicas.** Se relaciona con las condiciones de la infraestructura básica y con un entorno amigable durante la estancia:

- Limpieza
- Mobiliario en buenas condiciones.
- Ventilación e iluminación apropiada.
- Adecuada alimentación.

**Capacidad de elección del proveedor del servicio.** Es la capacidad de elegir la institución donde desea ser atendido y el profesional tratante. En algunos casos puede haber preferencia por el sexo o edad del médico y, en otros, una mala experiencia previa puede condicionar el deseo de cambiar al médico que usualmente se consulta.

## **2.2. Atención centrada en el individuo e incorporación de la familia en el tratamiento**

La atención centrada en el individuo, se sustenta en la impresión que tienen las personas cuando se les escucha y respeta, lo cual es un aspecto importante de lo que la gente valora en la atención de salud. Los profesionales han de concebir a las personas, como individuos y como miembros de una familia y una comunidad cuya salud debe protegerse y mejorarse, y no solamente como partes anatómicas aisladas con síntomas o trastornos que requieren tratamiento (OMS, 2008).

Centrarse en la persona, puede ser útil para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a los usuarios a explorar y resolver su ambivalencia y para promover (OMS, 2008; Miller y Rollnick, 1999):

- El cambio hacia estados donde las personas adopten estilos de vida saludables (acciones dirigidas al cambio).
- Una atención centrada en las necesidades de salud más que en la cura de la enfermedad.
- Una relación personal duradera con los profesionales de la salud que los atienden.

- Una atención integral, continua y centrada en la persona.
- Se responsabilicen sobre la salud de todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo vital y de afrontar los determinantes de la mala salud.
- Se involucren en la gestión de su salud y la de su comunidad.

Por otro lado, dado que entre los factores de riesgo predisponentes para el consumo de sustancias se encuentran:

- El consumo de drogas en la familia
- Débil apoyo y control familiar
- Falta de supervisión parental

Resulta de vital importancia promover el monitoreo familiar involucrando a la familia en el tratamiento de los usuarios, lo que fortalecerá los factores protectores y puede incidir en la adherencia terapéutica y por ende en una mayor efectividad de los tratamientos (CENETEC, 2008).

Se ha demostrado que los padres son una influencia central respecto a las decisiones que toman sus hijos, a la formación de actitudes y al establecimiento de repertorios conductuales; por lo tanto, es recomendable promover su participación activa a través de materiales que los apoyen para identificar los factores protectores y de riesgo a los que se exponen sus hijos, proporcionándoles información y estrategias para disminuir los riesgos y fortalecer la protección (CENETEC, 2008).

Los programas de prevención basados en la familia deben fortalecer la unión familiar y las relaciones, incluyendo habilidades parentales, práctica en el desarrollo, discusión y aplicación de las reglas familiares en el abuso de sustancias, y entrenamiento en la educación e información sobre drogas (CENTEC, 2008).

Por último, en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, se establece que:

3.22 Estilo de vida, es el conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, que se genera en la familia, la escuela y

otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, los pares, las autoridades y la comunidad e influida por los medios de comunicación.

3.24 Factores protectores, son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

3.57 Tratamiento, es el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

5.2.4.8 El establecimiento debe promover, de ser posible, la participación de la familia en el proceso de atención a los usuarios y hacerla corresponsable de acciones concretas propias del proceso de atención.

5.2.4.16 El programa de trabajo del establecimiento deberá contar con la especificación de las actividades de rehabilitación que deberán desarrollarse en el mismo, en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores y la familia.

Por lo tanto, de acuerdo a las Normas Oficiales, guías de práctica clínica, manuales de tratamiento y organismos nacionales e internacionales, la atención centrada en el individuo y el involucramiento de la familia en el tratamiento de las adicciones resultan cruciales para la efectividad del mismo.

### **2.3. Prevención y atención de las adicciones**

Como introducción a la prevención y atención de las adicciones es importante contar con una idea clara sobre la adolescencia desde el punto de vista del desarrollo humano; de la epidemiología sobre el consumo de sustancias psicoactivas; hacer uso de definiciones conceptuales precisas y con respaldo científico sobre las categorías involucradas en el proceso adictivo; conocer cuáles son los factores de riesgo y los factores protectores; conocer las



pruebas que pueden apoyarnos en la detección de las áreas problemáticas en adolescentes o riesgos asociados al consumo en adultos; y por último, la metodología que permita brindar una adecuada consejería en adicciones para informar, orientar y guiar las acciones necesarias para cada situación.

### **2.3.1 Adolescencia**

En la prevención y tratamiento de las adicciones, es de suma importancia remarcar que el periodo crítico por excelencia es la adolescencia. La última Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-17) indica que la edad promedio de inicio de consumo es de 17.9 años (16.7 años en hombres y 19.2 en mujeres). Por lo que sigue siendo la adolescencia la etapa de la vida donde se tiene el primer contacto con las sustancias, se experimenta y se empieza a consumir. Por lo anterior y por las características particulares de dicho grupo etario, es necesario hacer una breve revisión sobre este periodo de vida.

La adolescencia se refiere a una etapa de la vida caracterizada por múltiples cambios en todos los ámbitos que comprende el desarrollo humano (físico, biológico, psicológico, social). El adolescente es curioso y tiende a experimentar, buscar sensaciones nuevas, cuestionar lo establecido, desafía a las instituciones, busca reafirmar una identidad de reciente conformación por lo que las relaciones entre pares adquieren un significado clave (Papalia, 2010).

La adolescencia es una etapa privilegiada para la formación de rutas neuronales ricas en conexiones; el alcohol, el tabaco y otras drogas pueden interferir en el desarrollo de las mismas, afectando la cantidad y calidad de la maduración cerebral. La corteza prefrontal es una de las áreas que continúa desarrollándose y madurando durante la adolescencia, es una estructura que permite evaluar las situaciones ya que influye en la percepción de riesgo, tomar decisiones adecuadas y congruentes con nuestros valores y mantener las emociones y deseos bajo control. El hecho de que en la adolescencia esta parte del cerebro aún no está desarrollada al cien por ciento aumenta la probabilidad de que se tomen decisiones sin haber reflexionado antes en las consecuencias. El consumo de cualquier droga modifica el funcionamiento del cerebro y ocasiona que las personas la necesiten cada vez más. No se dan cuenta de lo que ocurre en su cerebro, por eso no lo pueden controlar (CONADIC, 2017, 2017b; Cruz, 2014; Papalia, 2010; OMS, 2005).

Institucionalmente la adolescencia es vista como una etapa crítica de amplia vulnerabilidad, crisis e iniciación a la vida adulta, por lo que las oportunidades para el abuso de sustancias se incrementan de manera importante+(CONADIC, 2008 p. 11).

Dicho lo anterior, es importante destacar que la adolescencia debe ser considerada una etapa clave en la prevención y atención de las adicciones, ya que generalmente es cuando se tiende a experimentar, se tiene el primer contacto con las sustancias psicoactivas por parte de los pares, se inicia el consumo y de no ser atendido a tiempo, dicho uso puede derivar a consumo problemático y consolidarse en una dependencia.

### **2.3.2. Panorama Actual del consumo de sustancias en estudiantes de la CDMX 2015**

Para la gestión del conocimiento que sirva de base para direccionar las acciones que se realizan en las UNEME CAPA, resulta de vital importancia la información que arrojan las encuestas sobre el consumo de sustancias psicoactivas. La ENCODAT 2016-17 podrá ser consultada en las próximas semanas, por lo que para efectos de conocer la situación del consumo en adolescentes se ha utilizado la proporcionada por la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes ENCODE 2015, en especial, la sobremuestra para la Ciudad de México.

#### **a. Tabaco**

El consumo de tabaco *alguna vez*, se presenta en el 40.6 por ciento de los estudiantes (41.3 por ciento en hombres y 39.9 por ciento en mujeres); Este consumo, también se mantuvo estable respecto a la medición de 2012 (42.1 por ciento hombres y 39.9 por ciento mujeres).

En tanto, el consumo de tabaco en los *últimos 30 días* se incrementó significativamente de 2012 a la medición actual, en los hombres pasó de 16.2 por ciento a 20.5 por ciento, y en las mujeres de 13.5 por ciento a 17.6 por ciento.

Al analizar el consumo de tabaco *alguna vez* por *nivel educativo*, el porcentaje de usuarios en secundaria es menor (22.7 por ciento) en comparación con los de bachillerato (59.7 por ciento).

Los adolescentes de 18 años o más que tiene un *consumo de tabaco en los últimos 30 días* es 6 veces mayor que los que tienen 14 años o menos; en tanto que en el grupo de 15 años se

observa un poco más del triple de fumadores en el último mes que el de quienes tienen 14 años o menos (23.1 por ciento y 7.4 por ciento, respectivamente).

El porcentaje de fumadores es ligeramente mayor en quienes tienen un papá con escolaridad de primaria o menor, mientras que para el consumo en el último año y en el último mes, la escolaridad del papá no genera diferencias. La escolaridad de la madre no se relaciona significativamente con el consumo.

Para el *consumo de tabaco en los últimos 30 días* Coyoacán (24.7 por ciento) y Azcapotzalco (24.4 por ciento), presentan un consumo significativamente mayor a la prevalencia de la Ciudad de México (20.5 por ciento); mientras Tlalpan (15.1 por ciento) tiene un consumo menor a esta prevalencia.

## **b. Alcohol**

El 66.6 por ciento de los adolescentes ha consumido alcohol *alguna vez en su vida* y un 37.6 por ciento lo ha consumido *en el último mes*. Por sexo, se observa que tanto mujeres como hombres resultan afectados de manera similar. Exceptuando el consumo *excesivo de alcohol*<sup>35</sup> las mujeres presentan un consumo por encima de los hombres aunque sin ser significativo.

Con respecto al nivel educativo, los estudiantes de bachillerato presentan prevalencias de consumo de alcohol casi 2 veces mayores que los estudiantes de secundaria; en bachillerato el *consumo excesivo* es casi 3 veces mayor que en secundaria. Asimismo, el porcentaje de adolescentes de secundaria que ha consumido alcohol *durante el último mes* es de 23.1 por ciento, mientras que para bachillerato incrementa a 53 por ciento.

Respecto al consumo de alcohol por edad, el porcentaje de adolescentes de 14 años o menos que ha consumido alcohol *alguna vez* es de 49.9 por ciento y en quienes tienen 18 años o más es de 91.5 por ciento; observándose un incremento constante conforme mayor es la edad.

Por otro lado, *el consumo durante el último mes* de alcohol es similar en los adolescentes cuyo papá tiene una escolaridad de secundaria o superior (37.8 por ciento), comparados con los estudiantes cuyo padre tiene una escolaridad menor (38.6 por ciento).

---

<sup>35</sup> 5 o más copas por evento.

*El consumo en el último mes* de alcohol de los adolescentes, es similar cuando la mamá tiene una escolaridad de secundaria o mayor (38 por ciento), en comparación con los casos en que esta tiene una escolaridad de primaria o menor (38.1 por ciento).

Los resultados globales para la Ciudad de México indican que el 20.9 por ciento de los estudiantes *consumió 5 copas o más en una sola ocasión* durante el mes previo al estudio, porcentaje similar al reportado en 2012 (22.5 por ciento). A su vez, se observa que el *consumo excesivo* de alcohol es similar en todas las delegaciones.

Por nivel educativo, los estudiantes de bachillerato de Tlalpan (41.6 por ciento), Magdalena Contreras (39.9 por ciento) y Cuajimalpa (39.4 por ciento), tienen prevalencias de *consumo excesivo* de alcohol por arriba de la prevalencia de la Ciudad de México (30.7 por ciento).

### **c. Otras drogas**

La prevalencia total de consumo de drogas es de 26.6 por ciento, porcentaje similar con respecto a la medición de 2012 (24.4 por ciento). En tanto, para este estudio, el consumo en el *último año* y en el *último mes* es de 19.2 por ciento y 10.9 por ciento, respectivamente.

Por sexo, el consumo de cualquier droga *alguna vez en la vida* es similar en los hombres (27.8 por ciento) comparados con las mujeres (25.3 por ciento). De la población total, el 16.4 por ciento es usuario experimental y el 10.1 por ciento es usuario regular (ha usado drogas en más de 5 ocasiones).

Así también, los hombres (11.7 por ciento) presentan una prevalencia similar a la de las mujeres (10.2 por ciento) en el consumo del *último mes*.

Para las drogas médicas (tranquilizantes, anfetaminas y sedantes), el consumo es mayor en las mujeres; en tanto, el consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, metanfetaminas y heroína) es mayor en los hombres, con porcentajes más altos que los reportados en drogas médicas.

Por nivel educativo, el consumo total de sustancias es mayor en los estudiantes de bachillerato (36.8 por ciento), en comparación con los de secundaria (17 por ciento).

Por lo que respecta al consumo *alguna vez* por tipo de sustancia, la marihuana (19.6 por ciento) ocupa el primer lugar de preferencia en los adolescentes, seguida de los inhalables (7.6 por ciento) y la cocaína (5.6 por ciento). Las tendencias indican una disminución significativa en el consumo de inhalables con respecto a la medición anterior, mientras que el consumo de marihuana continúa aumentando y el de cocaína se mantiene estable.

En el caso de las drogas médicas *alguna vez*, los tranquilizantes tienen la mayor preferencia (4.8 por ciento). Cuando se analizan estas tendencias según sexo y considerando el consumo *alguna vez*, tanto en hombres como en mujeres, se mantiene estable el uso de tranquilizantes y anfetaminas, con respecto a los datos obtenidos en 2012.

Al comparar el *consumo en el último año* de drogas ilegales con la medición anterior, las mujeres reportan un incremento significativo en el consumo de marihuana (12.7 por ciento), un consumo similar de cocaína (2.7 por ciento) y una disminución significativa en el consumo de inhalables de 6.2 por ciento en 2012 a 4.7 por ciento en 2014.

La prevalencia de consumo de inhalables *durante el último año* en los hombres, es similar a la de las mujeres; mientras que el consumo de marihuana y cocaína es mayor en los hombres. Respecto a la medición de 2012, en los hombres, el consumo de marihuana se mantiene estable y el de cocaína incrementó significativamente, en tanto que el de inhalables ha disminuido desde 2009.

Por sexo, las drogas de preferencia en las mujeres son: la marihuana (17.2 por ciento), seguida de los inhalables (8.2 por ciento), los tranquilizantes (5.5 por ciento), la cocaína (4.6 por ciento) y las anfetaminas (3.5 por ciento). En tanto, para los hombres son: la marihuana (22 por ciento), los inhalables (7.1 por ciento), la cocaína (6.6 por ciento), los alucinógenos (4.7 por ciento), los tranquilizantes (4.1 por ciento) y las metanfetaminas (3.8 por ciento). Adicionalmente, es importante destacar que la prevalencia de hombres que ha probado alguna vez crack, es de 3 por ciento.

Por nivel educativo, los estudiantes de bachillerato consumen principalmente marihuana (30.1 por ciento), inhalables (8 por ciento), cocaína (7.7 por ciento), alucinógenos (6.3 por ciento), tranquilizantes (6 por ciento) y metanfetaminas (5.0 por ciento). En secundaria, se mantiene el orden de preferencia para la marihuana (9.8 por ciento) y los inhalables (7.3 por ciento), en

tercer lugar los tranquilizantes (3.8 por ciento), seguidos por la cocaína (3.6 por ciento) y las anfetaminas (2.7 por ciento).

Con relación a la edad y el *consumo de drogas en el último año*, se observa a la marihuana como la principal sustancia utilizada en edades de 14 años o menos, cuyo consumo incrementa más del doble hacia los 15 años y esta tendencia continúa hasta los 18 años o más, en donde el consumo llega a ser casi 4 veces mayor en comparación con el grupo de 14 años y menores. En tanto, los inhalables, la segunda droga más mencionada entre los estudiantes de 14 años o menos, tienen un porcentaje relativamente estable a lo largo de todas las edades. A su vez, en el consumo de cocaína y tranquilizantes; no se presentan variaciones significativas en relación con la edad.

Para el *consumo de drogas en el último año*, la prevalencia de inhalables es mayor entre los estudiantes cuyo padre tiene una escolaridad de primaria o menor, en comparación con los alumnos que tienen un padre con escolaridad de al menos secundaria, mientras que para las demás sustancias se presentan de manera similar.

En cuanto a la escolaridad de la mamá, el consumo de cocaína, tranquilizantes y anfetaminas es sutilmente mayor en los adolescentes cuya mamá tiene estudios de secundaria o más y el consumo de marihuana e inhalables es más alto en los adolescentes cuya mamá tiene estudios de primaria o menores.

La delegación más afectada por el uso de marihuana en el último año es Azcapotzalco (19.6 por ciento); mientras que Tlalpan (10.3 por ciento) tiene un consumo menor al promedio de la Ciudad de México.

En cuanto al *consumo de cocaína en el último año*, todas las delegaciones tienen un consumo similar al de la ciudad, situación que se repite con el consumo de inhalables.

Finalmente, en cuanto al *consumo de tranquilizantes en el último año*, la delegación Iztacalco tiene una prevalencia de 4.8 por ciento que está por arriba de la media de la Ciudad de México, mientras que Cuajimalpa y Xochimilco se encuentran por debajo del promedio con 2.2 por ciento y 1.9 por ciento, respectivamente.

En relación a otras sustancias, los datos de este estudio indican que el 2.4 por ciento de los estudiantes ha consumido éxtasis y un 0.8 por ciento cristal.

Los usuarios que han experimentado con éxtasis y cristal, son principalmente hombres y mujeres de entre 17 y 18 años o mayores y del nivel educativo de bachillerato. El mayor consumo de éxtasis corresponde a los estudiantes cuyos padres tienen un nivel educativo mínimo de secundaria, mientras que para el consumo de cristal el nivel de escolaridad del padre no hizo la diferencia.

De los datos aquí presentados se concluye, que la prevención sigue siendo el punto clave en la atención de las adicciones, ya que de acuerdo a las cifras mostradas la mayoría de la población no ha consumido o no consume habitualmente sustancias psicoactivas y de aquellas personas que han iniciado el consumo, sólo un porcentaje ha desarrollado un consumo problemático y menos aun dependencia.

Sin embargo, de acuerdo a la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, los retos que se presentan deben ser abordados sin contratiempo, ya que los últimos datos arrojan evidencia sobre la disminución en la edad de inicio de consumo, la feminización de éste en adolescentes, cuando habitualmente las mujeres se mantenían al margen ahora consumen a la par de sus congéneres masculinos como en el caso del alcohol y tabaco o presentan mayor consumo en inhalables y drogas de uso médico, y el repunte de algunas sustancias que habían disminuido su incidencia como la marihuana. Además de los problemas asociados al consumo como se mencionó al inicio de este apartado que se ven reflejados en la saturación de los servicios de salud mental y médicos por los accidentes y consecuencias del consumo, disminución de años de vida y aumento de los años de vida con discapacidad en población económicamente activa (ENCODAT, 2017).

### **2.3.3. Conceptos básicos para el tratamiento y atención de las adicciones**

Con el propósito de homologar términos y definiciones involucradas en el proceso adictivo, para que todo el personal pueda manejar el mismo tipo de información, y por ende, garantizar un mínimo de confiabilidad en la atención de los usuarios, es importante revisar algunos conceptos básicos.

### **a. Qué es una sustancia psicoactiva**

El término *sustancia psicoactiva*, ofrece una categorización circunscrita a los cambios que se producen en el Sistema Nervioso Central (SNC) y a sus efectos relacionados y no solamente a lo químico, farmacológico o legal, además de que aún no se ha denostado como algunos otros términos (Cruz, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), sostiene que ~~el~~ término de sustancia psicoactiva y su equivalente sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas+(p. 59).

Para la Comisión Nacional Contra las Adicciones, el empleo del sustancias psicoactivas está implícito en las Líneas de Acción del Programa de Prevención y Atención de las Adicciones 2015-2018 (Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2015).

Lo mismo sucede con el Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones de la Ciudad de México (Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, 2014; Morales y Chávez, 2013; Barragán y Gordillo, 2013).

En general, el término de *sustancias psicoactivas* permite entender que una droga al ser administrada por las diferentes vías (oral, inhalada, inyectada), afecta la percepción, las emociones o el estado de ánimo y que en determinadas situaciones, su consumo sostenido, puede llevar a una dependencia o adicción.

### **b. Cómo se clasifican las sustancias psicoactivas**

El cerebro es un órgano complejo del Sistema Nervioso Central que se encarga de percibir, traducir e interpretar lo que pasa a nuestro alrededor (lo que se ve, oye, huele saborea y siente), con el propósito de responder a los estímulos externos. Además, interviene en procesos como el equilibrio traduciendo estímulos sensoriales para establecer nuestra posición corporal con respecto al punto de gravedad; coordina funciones básicas que nos permiten vivir, como la respiración, el latido del corazón, la presión de la sangre, la temperatura del cuerpo, la digestión



y el sueño. Las neuronas son las células del sistema nervioso central caracterizadas por su gran complejidad y especialización (CONADIC, 2017; Cruz, 2014; OMS, 2005).

Siguiendo las recomendaciones de los expertos, se ofrece una clasificación de las sustancias psicoactivas a partir de los efectos que producen en el SNC y los efectos relacionados.

### **b.1. Estimulantes del Sistema Nervioso Central**

Estas sustancias alteran el nivel basal de funcionamiento del SNC produciendo un aumento en el estado de alerta, mejoría en el estado del ánimo, privación de sueño, aumento de energía, falta de apetito y adicción. Cabe mencionar que varios de estos compuestos no sólo son estimulantes sino que además producen cambios importantes en la percepción, por lo que forman un grupo especial, el de los estimulantes-alucinógenos (Cruz, 2014, OMS, 2005).

También, aumentan la lucidez, la sensación de bienestar y la euforia, la actividad motora, la sensación de vigor y la capacidad sexual. Sin embargo, junto a los efectos anteriores son frecuentes la ansiedad, paranoia e inquietud. Se puede incrementar artificialmente el rendimiento atlético en deportes en los que se requiere atención y resistencia. Con una dosis excesiva se presentan temblores, convulsiones y una mayor temperatura corporal. Durante una sobredosis de drogas estimulantes puede ocurrir taquicardia, hipertensión, infarto al miocardio y hemorragias cerebrovasculares. Conforme disminuyen los efectos de la droga, el usuario se siente disfórico, cansado, irritable y levemente deprimido, lo que puede incitar de nuevo al uso de la droga para recuperar la experiencia anterior (O'Brien, 2001)

Las drogas de este grupo mimetizan los efectos de los neurotransmisores excitadores, y la activación del sistema nervioso simpático aparece concomitantemente con los efectos sobre la conducta preparando al organismo para reaccionar frente a estímulos amenazantes del entorno mediante la agresión o la huida, dando como resultado, aunque por diferentes mecanismos, un aumento en la disponibilidad de varias sustancias estimulantes como la noradrenalina, la adrenalina, la dopamina y la serotonina (Cruz, 2014, OMS, 2005).

Particularmente en el caso del tabaco, cuando se fuma, los pulmones absorben la nicotina y ésta pasa a la sangre y después al cerebro. Todo esto ocurre de manera muy rápida; la nicotina tarda aproximadamente 8 segundos en llegar al cerebro después de haberse inhalado el humo de

tabaco. Por ser tan rápida y directa su absorción se trata de una sustancia altamente adictiva que puede generar dependencia en corto plazo. La nicotina actúa sobre el nivel basal de funcionamiento del SNC cerebro, estimulando circuitos del placer y aumentando el estado de alerta, por lo que la persona puede sentirse más activa y menos cansada; el apetito se inhibe y puede aparecer una sensación de relajación y disminución de la irritabilidad. Los efectos desaparecen a los pocos minutos (Cruz, 2014; OMS, 2005; CONADIC, 2017, 2017b). Algunas sustancias que se encuentran en este grupo son: cocaína, catinonas, anfetaminas, metanfetaminas, MDMA<sup>36</sup>, éxtasis, nicotina y cafeína.

### **Fumar uno de los mayores riesgos para la salud**

Fumar es uno de los mayores factores de riesgo para la salud ya que constituye la primera causa de muerte evitable en el mundo y aunque quienes fuman presenten dificultad para identificar los efectos nocivos del tabaco, se está produciendo daño en su organismo desde el primer cigarro. Fumar se asocia con cáncer, enfisema, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, impotencia sexual y sobre todo, afecta de manera negativa a quienes rodean al fumador pudiendo provocar en los fumadores pasivos sensibilidad cardio respiratoria, asma y riesgo de cáncer (Cruz, 2014; OMS, 2005; CONADIC, 2017, 2017b).

### **Componentes del cigarro**

El tabaco contiene muchas sustancias químicas tóxicas, muchas de ellas cancerígenas: pesticidas residuales, herbicidas, fertilizantes, metales pesados, arsénico, cianuro y compuestos a base de amoníaco. Además, los ingredientes que están presentes en los cigarrillos antes de su combustión producen durante la misma, cuando la temperatura pueden superar los 800 grados centígrados, más de 4 mil productos químicos adicionales, entre los que se encuentran el mortífero e incoloro gas monóxido de carbono (CO) y mayores niveles de acetaldehído, acroleína, formaldehído y muchas otras sustancias. De hecho, ingredientes que suenan aparentemente inofensivos, como el chocolate o los azúcares, pueden contribuir al incremento de los efectos carcinogénicos y adictivos. Sustancias como el mentol y los edulcorantes pueden asimismo facilitar la inhalación profunda de esta mezcla tóxica en los pulmones, suavizando el humo y calmando los sentidos. Finalmente, el humo del tabaco forma un aerosol que transporta

---

<sup>36</sup> 3,4-metilendioxi-metanfetamina

miles de sustancias hasta las cavidades más profundas de los pulmones, donde los tóxicos se concentran y se difunden con rapidez por todo el cuerpo, enfermando al organismo (OMS, 2006).

## **b.2. Depresores del Sistema Nervioso Central**

Estas sustancias pueden presentar un efecto bifásico, pues a bajas dosis pueden provocar desinhibición, y una mayor actividad; en cambio, en dosis más elevadas disminuyen los reflejos, las funciones cognitivas, perceptivas y motoras (OMS, 2005).

Sus efectos más importantes van de la sedación hasta la anestesia general. Entre los síntomas se encuentran somnolencia, descoordinación motora de leve a moderada y obnubilación de las funciones mentales. Dichos efectos se relacionan con la función del receptor GABA-A (Cruz, 2014, OMS, 2005); puesto que dicho neurotransmisor controla la excitabilidad neuronal en todas las regiones del cerebro, los sedantes e hipnóticos producen sus efectos característicos de sedación, amnesia y descoordinación motora mediante el mecanismo de incrementar la función del GABA (Nutt y Malizia, 2001).

Mientras mayor sea la dosis los efectos se agudizan y se producen daños generales de la función motora, aumento en el tiempo de reacción y daños en la función cognitiva y en la memoria. En casos severos inducen al sueño e incluso pueden provocar la muerte por depresión respiratoria. La fatiga, el dolor de cabeza y la náusea son síntomas asociados al síndrome de abstinencia tras consumir drogas depresoras.

Similar a otras drogas que generan dependencia, las drogas depresoras del SNC afectan el sistema mesolímbico dopaminérgico, lo que provoca sus efectos de reforzamiento y aumento en la motivación de repetir su uso. Asimismo, pueden contribuir al incremento de la actividad en la corteza temporal, disminución de la actividad metabólica en la corteza occipital y el metabolismo talámico (OMS, 2005).

La corteza cerebral está a cargo del pensamiento, la toma de decisiones, la planeación, las emociones, la sensación a través de los cinco sentidos y de la interacción social. De manera particular, cuando se abusa del alcohol se puede dañar esta zona, provocando incapacidad para resolver problemas, de recordar o de aprender. Se perderá el control de impulsos y emociones por lo que se reaccionará agresivamente sin motivo, y se harán cosas sin

pensar en las consecuencias. Los sentidos también se verán afectados y se pueden presentar problemas como visión borrosa o la pérdida del sentido del olfato y gusto (Cruz, 2014; OMS, 2005; CONADIC, 2017, 2017b).

El cerebelo interviene en la coordinación psicomotriz, equilibrio o movimientos finos como caminar, saber si uno está de pie o acostado y agarrar objetos. El alcohol daña esta área y disminuyen los reflejos, provocando la pérdida del equilibrio, por lo que la persona puede caminar tropezándose, o tener problemas para agarrar algo por estar temblando.

El hipotálamo controla los procesos involuntarios, como la respiración y el mantenimiento de la temperatura corporal, también la frecuencia cardíaca, la deglución, el hambre o la sed. El alcohol puede disminuir o aumentar la frecuencia cardíaca; cuando se bebe en exceso puede presentarse un coma etílico y hasta la muerte.

El hipocampo controla la memoria. Beber en exceso puede hacer que se olvide lo que sucedió en un periodo de tiempo. También puede causar daños permanentes, de leves a graves, e impedir el aprendizaje (Cruz, 2014; OMS, 2005; CONADIC, 2017, 2017b).

Algunas sustancias que se encuentran en este grupo son: alcohol, tranquilizantes o sedantes, hipnóticos, anestésicos, éxtasis líquido o GBH, disolventes y otros inhalables, barbitúricos, benzodiacepinas.

### **b.3. Opioides**

En este apartado se incluye a los derivados del opio y a los compuestos naturales, sintéticos o semisintéticos con propiedades similares a las de la morfina<sup>37</sup>. Estas drogas permitieron el descubrimiento y estudio del sistema opioide endógeno<sup>38</sup> del cerebro (Brownstein, 1993).

La administración intravenosa de opioides causa un rubor cálido de la piel y una sensación de relajación sin pérdida de coordinación motriz que los usuarios describen como "éxtasis"; constricción pupilar extrema, disminución del reflejo de la tos, estreñimiento, dependencia física, tolerancia y adicción. Sin embargo, la primera experiencia con opioides también puede ser

---

<sup>37</sup> Como la heroína o la metadona (Cruz, 2014).

<sup>38</sup> A saber las endorfinas y las encefalinas comparten similitudes con los derivados del opio (Méndez y Cruz, 1999).

desagradable e incluir náusea y vómito (Jaffe, 1990). Los opioides tienen efectos euforogénicos, analgésicos, sedantes y de depresión del sistema respiratorio (Cruz, 2014, OMS, 2005).

Existen evidencias respecto a la existencia de receptores opioides, dado que los opiáceos (heroína y morfina) interactúan en lugares específicos de enlace en el cerebro. En 1976, se registró la primera evidencia de la existencia de varios receptores opioides (Martin, 1976), y mediante estudios farmacológicos se clasificaron los sitios de enlace con opioides en tres clases de receptores, conocidos como receptores mu, delta y kappa. Posteriormente se descubrió que existen varios subtipos de cada clase de receptores (Pasternak, 1993).

La existencia de estos receptores hizo suponer que estos sitios podrían ser los blancos de las moléculas opiáceas que existen de forma natural en el cerebro. Lo anterior, reviste de gran importancia y explica en parte la razón del alto potencial para causar dependencia física, tolerancia a algunos de sus efectos, abuso y adicción.

Algunos estudios farmacológicos, han propuesto que la activación de los receptores mu y delta es reforzadora, aunado al hecho de que la inactivación genética de los receptores mu inhibe los efectos analgésicos y de dependencia de la morfina, se puede argumentar que dichos receptores se conciben como la puerta de entrada para la analgesia, la tolerancia y dependencia de los opioides (Cruz, 2014, OMS, 2005). Algunas sustancias que se encuentran en este grupo son: morfina, codeína, heroína, metadona, fentanil.

#### **b.4. Alucinógenos**

Los alucinógenos conforman una clase químicamente diversa, y se caracterizan por su capacidad de generar distorsiones en las sensaciones y alterar marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Aunque el término alucinógeno se refiere a la capacidad de producir alucinaciones, éstas no son los únicos efectos que causan, y con frecuencia ocurren sólo a dosis muy elevadas. No obstante que las alucinaciones visuales son las más comunes, se puede afectar cualquiera de los sentidos, así como la percepción espacio temporal, del entorno y del yo del individuo. Los efectos subjetivos varían notoriamente de un individuo a otro y pueden ser diferentes, de un episodio a otro, aun tratándose de la misma sustancia, en la misma cantidad y en el mismo sujeto. Los alucinógenos se dividen en clases, con base en su similitud estructural (Cruz, 2014; Jacobs y Fehr, 1987).

El primer grupo comparte similitudes estructurales al neurotransmisor serotonina y se relacionan con la dietilamida de ácido lisérgico (LSD); la amina de ácido d-lisérgico como (LSA) presente en las semillas de diversas variedades de dondiego de día o campanilla); y la psilocibina dimetiltriptamina (DMT) presente en algunos hongos alucinógenos.

El segundo grupo de alucinógenos consiste en drogas de feniletilamina, de las cuales la mescalina (peyote), la metilendioximetanfetamina (MDA) y la metilendioximetanfetamina (MDMA) son las más populares. Otros integrantes de este grupo son la parametoxianfetamina (PMA), la dimetoxi-4-metilanfetamina (DOM) y la trimetoxianfetamina (TMA). Estas drogas tienen una estrecha relación estructural con las anfetaminas. La fenciclidina (PCP) y la ketamina son anestésicos disociativos que pertenecen a la familia de fármacos de arilcicloalquilamina y actúan sobre los receptores de glutamato.

Por último, está la familia atropínica, que incluye atropina, escopolamina e hiosciamina. Aparecen de forma natural en muchas especies de plantas de la papa. También pueden encontrarse en la belladona (*Atropa belladonna*) y el toloache (*Datura stramonium*) (OMS, 2005)

El grado de intensidad de los efectos, y la reacción emocional a éstos, difiere notablemente de un individuo a otro. Las reacciones pueden ir de la felicidad y euforia, al temor y pánico o de la excitación a la depresión. En muchas ocasiones se reporta una sensación de introspección profunda, de hormigueo en las extremidades, analgesia y anestesia, así como episodios psicóticos. Asimismo, estas drogas afectan la memoria y los procesos del pensamiento.

Aunque en general se necesitan altas dosis para producir alucinaciones, en el caso de la ketamina y la PCP basta una pequeña dosis para obtener dichos efectos.

Como síntomas y signos característicos están la taquicardia, hipertensión, alta temperatura corporal, anorexia, náuseas, vómito, incomodidad abdominal, reflejos rápidos, descoordinación motora y dilatación de las pupilas. Aunado a los efectos alucinógenos y las distorsiones sensoriales, es común que se presente el efecto de la unión de diferentes modalidades sensoriales (por ejemplo, la música se ve), lo que se conoce como sinestesia (Jacobs y Fehr, 1987).

## **b.5. Cannabinoides**

Actualmente en los medios masivos de comunicación se ha desatado un fuerte debate en torno al uso médico de los derivados de la cannabis. Parece ser que todo mundo tiene una opinión al respecto, muchas de las veces, una opinión sin sustento científico. La desinformación y los mitos rodean el consumo de cannabis permitiendo que en el discurso social se arraiguen ideas sin fundamento, sobre todo en los jóvenes, por lo que es muy importante contar con información científica para estar en posibilidad de contra argumentar la desinformación de una manera productiva.

Entre todos los cannabinoides contenidos en la Cannabis sativa, el delta-9 tetrahidrocannabinol (THC) es el principal compuesto químico con efectos psicoactivos, que se metaboliza en otro compuesto activo, 11-OH-delta-9-THC. Los cannabinoides generalmente se inhalan fumándolos, aunque también pueden ser administrados por vía oral. La intoxicación máxima al fumar se alcanza entre los 15 a 30 minutos de haber iniciado el consumo y los efectos pueden durar de 2 a 6 horas. Los cannabinoides permanecen en el cuerpo durante periodos prolongados y se acumulan tras el uso repetido<sup>39</sup>. Se pueden hallar cannabinoides en la orina a los 2 o 3 días de haber fumado un solo cigarrillo y, en usuarios intensos, hasta 6 semanas después del último uso.

La intoxicación por consumo de cannabis, altera la percepción del tiempo volviéndola más lenta, se genera una sensación de relajación y de conciencia sensorial aguda. Comúnmente se reporta una percepción de mayor confianza en sí mismo, sin embargo, no hay nada que asocie esta percepción con el aumento de la creatividad. Asimismo, la memoria a corto plazo se afecta y se altera la coordinación motora. En algunos casos, se ha reportado analgesia, acción antiemética, antiepiléptica y orexigénica (O'Brien, 2001).

Los estudios realizados con animales, han permitido establecer que los cannabinoides interactúan con los circuitos de recompensa del cerebro y comparten algunas características bioquímicas con otras sustancias psicoactivas (por ejemplo, cambios en la actividad opioide y dopaminérgica) directamente relacionadas con sus propiedades de reforzamiento (Koob, 1992).

---

<sup>39</sup> Es por esta razón la dificultad que se presenta para los estudiosos del tema de establecer criterios claros de abstinencia para esta sustancia; comúnmente se dice que la marihuana no produce síndrome de abstinencia pero nuevos estudios revelan que si los hay, sin embargo, es difícil estudiarlos por la acumulación de la sustancia en el cuerpo que no permite la abstinencia total.

Estos descubrimientos bioquímicos establecen las bases de la capacidad para producir dependencia de los cannabinoides que se ha reportado en humanos.

Existen evidencias significativas para afirmar que el delta-9-THC incrementa la actividad dopaminérgica en la ruta mesolímbica, que se proyecta del área tegmental ventral (ATV) de la corteza prefrontal al núcleo accumbens, una región crucial para el desarrollo de la dependencia. Los estudios in vivo han demostrado que el delta-9-THC aumenta las concentraciones extracelulares de dopamina en la envoltura del núcleo accumbens, mecanismo similar a la acción de otras sustancias psicoactivas y de los cannabinoides sintéticos (Tanda, Pontieri y Di Chiara, 1997; Chen y colab., 1990).

La dispersión de los receptores CB1 en el cerebro, se correlaciona con los efectos de los cannabinoides sobre la memoria, la percepción, el control motor y sus efectos anticonvulsivos (Ameri, 1999). Los agonistas que estimulan a los receptores CB1 afectan la cognición y la memoria, además de alterar el control de las funciones motoras. Así, la corteza cerebral, el hipocampo, el caudado lateral y el putamen, la sustancia negra y su zona reticulada, el globo pálido, el núcleo endopeduncular y la capa molecular del cerebelo están todos poblados con concentraciones particularmente elevadas de receptores CB1 (Pertwee, 1997). En el núcleo accumbens existen niveles intermedios de enlaces. También hay receptores CB1 en las rutas del dolor en el cerebro y la médula espinal, así como en las terminales periféricas de las neuronas sensoriales primarias (Pertwee, 2001), lo que explica las propiedades analgésicas de los agonistas de receptores cannabinoides. Los receptores CB1 se expresan en neuronas del corazón, vaso deferente, vejiga urinaria e intestino delgado (Pertwee, 1997).

Los receptores CB1 ubicados en las terminaciones nerviosas (Pertwee, 1997; Ong y Mackie, 1999; Pertwee, 2001) suprimen la liberación neuronal de transmisores que incluyen acetilcolina, noradrenalina, dopamina, 5\_hidroxi-triptamina, GABA, glutamato y aspartato (Pertwee, 2001). Los receptores CB2 en las células inmunológicas, con niveles particularmente altos en linfocitos B y macrófagos naturales (Galiegue y colab., 1995), son inmunomodulatorios (Molina-Holgado, Lledo y Guaza, 1997).

La tolerancia a los efectos de la cannabis, cannabinoides y drogas relacionadas que actúan sobre el receptor cannabinoide CB1 se presenta rápidamente. El desarrollo de la tolerancia a la



antinocicepción<sup>40</sup> y a los efectos anticonvulsivos y locomotores se da en diferentes etapas. Existen pocas evidencias de abstinencia asociada con el uso de cannabinoides, y muy pocas veces se han reportado reacciones de abstinencia tras el uso prolongado de cannabinoides, debido probablemente, a la larga vida media de estas sustancias, lo cual impide el surgimiento de síntomas de abstinencia. Una mayor liberación del factor de liberación de corticotrofina es un marcador bioquímico de estrés que se incrementa durante la abstinencia de los cannabinoides (Rodríguez de Fonseca y colab., 1997).

## **b.6. Inhalables o solventes volátiles**

Aunque los inhalables o solventes volátiles se encuentran en la clasificación de las drogas depresoras del SNC, dada la relevancia en cuanto al consumo y las características de los daños que producen, se revisarán por separado.

Son varios los compuestos químicos volátiles<sup>41</sup> (incluyendo gases como óxido nitroso, solventes volátiles como tolueno y nitritos alifáticos) que producen efectos sobre el sistema nervioso central. Debido a su fácil disponibilidad, son utilizados principalmente por niños y adolescentes. El término inhalable se aplica a un grupo muy diverso de sustancias que se hallan en productos como gasolina, removedores de esmalte para uñas, removedores de pinturas y adhesivos (IAPA, 2014; CONADIC, 2010b; Weir, 2001).

Estos compuestos se aspiran, ya sea directamente o a través de un trapo empapado en solvente colocado en la boca de la persona o en una bolsa de plástico que se coloca a manera de mascarilla. Los compuestos solventes volátiles tienen pocas características en común, exceptuando su toxicidad y los efectos conductuales que producen. Asimismo, la clasificación de solventes o inhalables obedece más a su forma de consumo que a los efectos que producen sobre el SNC. En México, se utilizan con mayor frecuencia los solventes orgánicos, compuestos derivados del carbón o del petróleo (gasolinas, líquidos para encendedores, aerosoles, pegamentos, removedores de pintura, esmaltes, quitamanchas, thinner, PBC, activo y cemento, CONADIC, 2010b).

---

<sup>40</sup> Se refiere a la tolerancia al dolor. Reichert, JA, Daughters, RS, Rivard, S and Simone DA (2002). Peripheal and preemptive opioid anticonception in a mouse visceral pain model. *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 423-431.

<sup>41</sup> El término volátil se refiere a la propiedad de evaporación de la sustancia a temperatura ambiente.

La intoxicación aguda por inhalación de vapores de solventes produce algunos efectos conductuales similares a los del alcohol. A los pocos minutos después de inhalar se presenta mareo, desorientación y un breve periodo de excitación con euforia, seguido de una sensación de ligereza y un periodo más prolongado de depresión de la conciencia. Es común que se presenten cambios marcados en el estado mental de las personas que abusan de los solventes. La mayoría de los usuarios reporta una elevación del estado del ánimo y alucinaciones. También ocurren delirios potencialmente peligrosos como creer que se puede volar o nadar, el pensamiento se altera, se presenta confusión, hay una sensación subjetiva de que el tiempo transcurre rápidamente y son comunes las alucinaciones táctiles (IAPA, 2014; CONADIC, 2010b; Evans y Raistrick, 1987). Frecuentemente, estos efectos conductuales van acompañados de perturbaciones visuales, nistagmo, descoordinación, andar inestable, dificultades para hablar, dolor abdominal y rubor en la piel.

Algunos solventes contenidos en los vapores de adhesivos, incluyendo el tolueno, activan el sistema de recompensa del cerebro en autoestimulación intracraneal, lo cual predice el potencial de los solventes volátiles para producir dependencia, según estudios llevados a cabo en roedores (Yavich y Patakina, 1994; Yavich y Zvartan, 1994).

La mayoría de las revisiones compara los efectos agudos de los solventes orgánicos volátiles, con los de los fármacos depresivos como barbitúricos, benzodiazepinas y etanol. Con base en sus efectos físicos, se supone que los solventes inducen cambios bioquímicos similares al etanol y a los anestésicos (OMS, 2005). Asimismo, sus efectos neuroconductuales agudos, incluyendo la ansiolisis y la sedación, son los típicamente asociados con los depresores del sistema nervioso central y pueden provocar el uso continuado, la tolerancia y la abstinencia (Beckstead y colab., 2000).

La abstinencia de solventes volátiles en ratones se caracteriza por una mayor susceptibilidad a convulsiones, y se puede atenuar o revertir con vapores de otros solventes, así como con etanol, midazolam y pentobarbital. Lo cual indica que el uso de solventes volátiles produce efectos similares al etanol y a los fármacos depresivos (Evans y Balster, 1991).

#### **2.3.4. Definiendo el proceso adictivo**

El proceso adictivo se refiere al periodo comprendido entre la abstinencia, aun antes de la aparición de las primeras manifestaciones de los factores de riesgo, y la consolidación de una dependencia en adicción. Para llegar de un extremo al otro, es necesario transitar por los puntos

intermedios, y es este paso gradual y sucesivo, el que da un carácter de proceso al fenómeno de las adicciones (Fernández, 2014). Comprende el desarrollo de una enfermedad crónica, de larga duración y progresión lenta, que se caracteriza por los cambios que alteran el desarrollo normal de un organismo (OMS, 2016; Cruz, 2014; American Psychiatric Association, 2014; Fernández, 2014; Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones, 2014; Morales, y otros, 2013; National Institute for Drug Abuse, 2014).

El carácter gradual del proceso adictivo está mediado por el aumento en la presencia de los factores de riesgo en detrimento de los factores protectores asociados al consumo, y por los cambios que las sustancias psicoactivas producen en el Sistema Nervioso Central, iniciando por un consumo de tipo impulsivo que avanza gradualmente a compulsivo conforme la adicción se establece (Barragán y López, 2013; Cruz, 2014; Fernández, 2014).

Con respecto a los factores de riesgo, existen situaciones que funcionan como agentes que incrementan la probabilidad de consumir sustancias psicoactivas, y por ende, de desarrollar una dependencia (Barragán y López, 2013).

En cuanto a los cambios que el consumo de sustancias psicoactivas generan en el SNC, existen diferentes áreas involucradas como el lóbulo prefrontal; el sistema límbico, el tallo cerebral y la medula espinal. Además, la comunicación entre neuronas se ve afectada comprometiendo el sofisticado balance entre los estímulos excitadores e inhibidores de los neurotransmisores (Cruz, 2014).

La Norma Oficial Mexicana para la Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones NOM-SSA2-2009, define el consumo de sustancias psicoactivas, como ~~el~~ rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central+ (Salud, 2009, p. 8).

En las Guías de Práctica Clínica del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), la adicción se define como un padecimiento crónico que afecta el Sistema Nervioso Central (SNC), caracterizado por recaídas y la búsqueda y el uso compulsivo de sustancias psicoactivas, a pesar de las consecuencias dañinas. Se considera una enfermedad del SNC porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y su funcionamiento. Estos

cambios pueden presentarse de manera aguda o crónica y en muchas ocasiones causan un daño irreversible que perdura a través del tiempo y que es visible en los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas (Secretaría de Salud, 2008).

Por lo anterior, el proceso adictivo puede ser definido como una enfermedad crónica y progresiva que modifica la conducta (alterando el funcionamiento del Sistema Nervioso Central) de los individuos que consumen sustancias psicoactivas, afectando el desarrollo individual y a la sociedad en su conjunto.

#### **a. Factores de riesgo**

Los factores de riesgo son actitudes, comportamientos, creencias, situaciones o acciones que ponen a un grupo, organización, individuo o comunidad en riesgo de desarrollar conductas problemáticas. Se refieren a situaciones que pueden incrementar la posibilidad de consumir sustancias psicoactivas o de llegar a una dependencia.

La NOM-028-SSA2-2009 define factor de riesgo como el atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas (Salud, 2009). Dichos factores afectan las diferentes esferas del individuo: personal, familiar y social (Fernández, 2014; Barragán y López, 2013; Carrascoza, 2013; Morales, Gordillo y Chávez, 2013; IAPA, UNAM, & IIS, 2012; Salud, 2009)

En la Guía de Práctica Clínica para la Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud, se han identificado como factores de riesgo para población mexicana, el uso de tabaco y alcohol, el consumo de drogas en la familia, un débil apoyo y control familiar, el abandono o suspensión de estudios y una baja adherencia escolar, la tolerancia social y la disponibilidad de sustancias, la pertenencia a redes sociales disfuncionales y un uso inadecuado del tiempo libre, así como diversos trastornos de conducta, afectivos y psicológicos, entre los que se cuentan la depresión y la ansiedad (Secretaría de Salud, 2008).

El modelo ecológico toma en cuenta aspectos macrosociales (estructura legal, económica, normativa y la dinámica sociocomunitaria), y sistemas microsociales que describen los espacios de interacción interpersonal más directos como la familia, los grupos escolares, laborales o de pares. En este modelo, también se toman en cuenta aspectos individuales que se relacionan con

atributos de personalidad edad, género, estilos de afrontamiento, resiliencia, capacidad de ajuste, estado psicológico, afectivo y con ciertas circunstancias físicas, biológicas y genéticas. Este modelo no establece relaciones lineales de causa-efecto sino más bien de antecedencia-consecuencia (Fernández, 2014).

Su contra parte, los factores protectores, son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo (Salud, 2009).

Por último, en la medida en que los factores de riesgo disminuyen y los factores protectores se refuerzan, menor es la vulnerabilidad del sujeto ante los problemas de la vida cotidiana, por lo que desarrollará habilidades de enfrentamiento que le permitirán solucionar de manera proactiva las problemáticas ante las que se enfrente sin recurrir al uso de sustancias (IAPA, UNAM, & IIS, 2012).

## **b. Patrones de consumo**

Aunque poco más de un 40 por ciento de los jóvenes entre doce y dieciocho años ha experimentado con el tabaco y casi un 90 por ciento con el alcohol, la mayoría de la población en México no usa drogas<sup>42</sup>, de quienes llegan a probarlas, sólo un pequeño grupo las seguirá usando regularmente y de éstos, sólo una fracción desarrollará patrones de uso nocivo y dependencia (Villatoro y cols., 2017).

El desarrollo de los trastornos por dependencia, involucra un patrón evolutivo que inicia con una actividad voluntaria, de uso social o recreativo, prevaleciendo en un inicio el efecto positivo y placentero que el usuario refiere bajo su control y dominio. Gradualmente, en algunas personas la motivación del consumo va cambiando y se pasa de consumir para experimentar placer a hacerlo para evitar el malestar, para poder estar bien o para sentirse normal, aumentando la intensidad de la dosis y la frecuencia, manifestando tolerancia. Finalmente, una proporción pierde el control sobre el uso y se tornan compulsivos e incapaces de dejar de usar las drogas a pesar de estar conscientes del daño que les producen, cuando se establece la dependencia (Cruz, 2014; Fernández, 2014; OEA, 2013).

---

<sup>42</sup> El uso puede ser definido como la incorporación del consumo en actividades habituales como fiestas o reuniones de manera permanente y sistemática, sin llegar al consumo problemático o abuso.

Es así como el proceso adictivo transita entre diferentes patrones de consumo que van desde la abstinencia, cuando se abstienen de consumir alcohol, tabaco u otras drogas; el uso experimental, cuando una droga se consume para probar sus efectos y después de pocos eventos de uso, se abandona; el uso regular o social, que implica mantener el uso de la sustancia después de haber experimentado integrándolo al estilo de vida habitual; el uso nocivo, definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico; y por último, abuso y dependencia, cuando la persona ha perdido el control de su consumo, aparece la tolerancia, el consumo impulsivo se torna compulsivo y se presentan síntomas característicos del síndrome de abstinencia cuando se suprime el consumo presentándose un evidente deterioro físico y mental (DSM-V, 2014; OEA, 2013).

La determinación del patrón de consumo, los riesgos asociados a éste y la gravedad del trastorno producido por el uso de drogas, resulta crucial para definir el tipo de acción a implementar.

En el ámbito de la prevención, se describe la intervención universal para retrasar o evitar el inicio del uso en aquellas personas que aún no han consumido drogas; selectiva, cuando hay exposición a factores de riesgo (características individuales o del contexto) que incrementan la probabilidad de consumo, e indicada, cuando ya se ha iniciado el consumo, pero aún no hay patrones patológicos (abuso, dependencia).

Otras intervenciones de mayor complejidad, pueden orientarse a corregir los desequilibrios asociados con el consumo, como la desintoxicación y el manejo de los síntomas de abstinencia, el tratamiento para la dependencia, la prevención de recaídas en el proceso de recuperación y la reintegración social (OEA, 2013).

### **c. Dependencia o adicción**

La adicción o dependencia se refiere a un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro clínicamente significativo y que se caracteriza por la presencia (en los últimos doce meses) de tres o más de los criterios establecidos en el DSM-5 (Cruz, 2014; OEA, 2013):

1. Se consume con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
7. El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el consumo.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de cada sustancia en particular.
  - b. Se consume esa o alguna otra sustancia muy similar, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

La Norma Oficial Mexicana NOM-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones concibe a la adicción o dependencia, como el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación+(Salud, 2009, p.6).

Para el National Institute on Drug Abuse (NIDA), la adicción, se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, no obstante sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican su estructura y funcionamiento. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos comunes en las personas que abusan del consumo de drogas (NIDA, 2014).

El uso de sustancias psicoactivas modifica los mecanismos fisiológicos normales que median la recompensa, el aprendizaje y la memoria, produciendo una remodelación de los contactos y rutas neuronales, causando cambios duraderos y en ocasiones permanentes (OMS, 2005).

## **d. Tamizaje**

Los instrumentos de tamizaje o discriminación, son cuestionarios breves de valoración que han asegurado su confiabilidad y validez, para detectar de manera temprana, a personas vulnerables de otras que no lo son. Es decir, que están en riesgo de consumir sustancias psicoactivas, o bien, aquellas personas que ya las están consumiendo o que están en riesgo de desarrollar problemas más serios como trastornos por abuso o dependencia (CONADIC, 2008).

### **d.1 POSIT**

Con el propósito de contar con un instrumento que pudiera arrojar datos sobre los riesgos asociados al consumo, en 1998, se valida el Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT) para población mexicana por el Instituto Nacional de Psiquiatría para ser aplicado a población mexicana. (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1998).

El POSIT, ha mostrado ser confiable para identificar grupos vulnerables, y sirve como un primer filtro para detectar los riesgos asociados al consumo y los problemas presentes en los adolescentes que abusan de sustancias psicoactivas (factores de riesgo). Consta de 81 reactivos que evalúan 7 áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/delinuencia (CONADIC, 2010).

En general, la administración grupal se realiza en grupos pertenecientes a escuelas en las que se asiste a brindar servicios de información, orientación y consejería en adicciones. De manera individual se aplica en la consulta de primera vez cuando el usuario acude a solicitar atención en una unidad médica.

Las respuestas contestadas positivamente (SI) se les asigna un punto, a excepción de las aseveraciones negativas: 12, 13, 18, 20, 22, 26, 32, 39, 52, 69, 70 y 71 que se puntúan cuando son contestadas negativamente. Existen reactivos llamados *banderas rojas* los cuales su respuesta positiva indica riesgo por sí misma (estos reactivos están señalados con negritas). Sin embargo, en todos los casos tendrán que hacerse sumatorias y promedios por áreas:

#### *Área 1. Uso-abuso de sustancias*

17 reactivos/**2, 17, 21, 25, 33, 38, 41, 46, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 62, 65, 68.**



La puntuación positiva de cualquier reactivo indica riesgo.

*Área 2. Salud Mental*

16 reactivos/5, **6**, 8, 10, 15, 23, **28**, 40, 43, **55**, 60, 63, 66, **75**, **76**, 80.

La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas o un puntaje igual o mayor a 5 es indicador de riesgo.

*Área 3. Relaciones Familiares*

10 reactivos/4, 14, **20**, 22, 32, 39, **45**, **52**, 70, 71.

La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas o un puntaje igual o mayor a 3 indica riesgo.

*Área 4. Relaciones con amigos*

7 reactivos/**3**, **13**, **19**, **29**, **67**, **73**, **77**.

La puntuación positiva de cualquier reactivo indica riesgo.

*Área 5. Nivel Educativo*

16 reactivos/7, 8, 12, 15, 18, **26**, 34, 40, **42**, 61, **66**, **69**, **72**, 74, 79, **80**.

La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas o un puntaje igual o mayor a 5 indica riesgo.

*Área 6. Interés Laboral*

6 reactivos/16, 27, 36, 44, 51, 78.

Un puntaje igual o mayor a 3 indica riesgo. Los reactivos 16 y 44 indican riesgo contestados positivamente solo para los adolescentes entre los 13 y 15 años de edad.

*Área 7. Conducta Agresiva/Delictiva*

14 reactivos/1, 9, 11, **24**, 30, 31, 35, 37, 49, 50, 53, 59, 64, 81.

La puntuación positiva de cualquier reactivo en negritas o un puntaje igual o mayor a 5 indica riesgo.

La prueba arroja resultados sobre la vulnerabilidad por áreas de desarrollo, la puntuación máxima total es de 81 puntos. Una puntuación total de 34 refiere la presencia de riesgos, y por ende, si la calificación aumenta gradualmente de forma ascendente a partir de los 34 puntos, mayor será el riesgo de los jóvenes para iniciar o incrementar el consumo de drogas.

Finalmente, de acuerdo al puntaje obtenido en las diferentes áreas, lo que indica en cual existe riesgo, se diseña el tipo de intervención que puede ir desde una orientación o taller preventivo (consejo breve o taller de habilidades para la vida) hasta una intervención breve (Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras sustancias).

## d.2. ASSIST

La *prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias* (ASSIST, por sus siglas en inglés<sup>43</sup>) es una herramienta diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, con la finalidad de detectar oportunamente el consumo y evitar que los daños asociados al mismo evolucionen a estados más críticos.

El instrumento consta de un cuestionario con ocho reactivos, que puede ser respondido entre 5 y 10 minutos, dirigido a usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud<sup>44</sup>, para detectar el consumo de: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo amfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

Para cada sustancia que el usuario informa haber consumido, el cuestionario ASSIST indica una puntuación de riesgo (bajo, moderado o alto), dependiendo del patrón de consumo y de los riesgos asociados al mismo. Una vez que se establece la puntuación se da paso a un consejo breve, de profesional a usuario, sobre los beneficios de la abstinencia, los riesgos de mantener el consumo de sustancias y las diferentes estrategias que se pueden abordar reforzando las conductas saludables. Para cada nivel de riesgo se determina la intervención más adecuada que puede ir desde un consejo breve hasta una atención más especializada.

También se puede obtener información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como del consumo y los problemas relacionados durante los últimos tres meses, permitiendo identificar una serie de problemas relacionados al consumo de sustancias, tales como, intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de alto riesgo y conductas asociadas con inyectarse:

### **Pregunta 1 (P1): ¿cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?**

Tabaco (cigarros, cigarrillos, puros, cigarro electrónico, tabaco masticado)	NO	SI
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, ron, aguardiente, licores)	NO	SI
Cannabis (marihuana, mota, hashish)	NO	SI

---

<sup>43</sup> Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

<sup>44</sup> Médico, psicólogo o trabajador social

Cocaína (coca, crack, piedra)	NO	SI
Estimulantes de tipo anfetamínico (speed, éxtasis, tachas)	NO	SI
Inhalantes (poppers, óxido nitroso, gasolina, resistol, cemento)	NO	SI
Sedante o pastillas para dormir (diazepam, rufis, alprazolam)	NO	SI
Alucinógenos (hongos, peyote, LSD, ácidos, ketamina)	NO	SI
Opiáceos (heroína, morfina, metadona, codeína)	NO	SI
Otras	NO	SI

**Pregunta 2 (P2): ¿con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?**

Nunca	puntúa 0
Una o dos veces	puntúa 2
Mensualmente	puntúa 3
Semanalmente	puntúa 4
Diariamente o casi a diario	puntúa 6

**Pregunta 3 (P3): ¿con qué frecuencia se ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir cada sustancia en los últimos tres meses?**

Nunca	puntúa 0
Una o dos veces	puntúa 2
Mensualmente	puntúa 3
Semanalmente	puntúa 4
Diariamente o casi a diario	puntúa 6

**Pregunta 4 (P4): ¿con qué frecuencia el consumo de sustancias ha causado problemas en los últimos tres meses?**

Nunca	puntúa 0
Una o dos veces	puntúa 4
Mensualmente	puntúa 5
Semanalmente	puntúa 6
Diariamente o casi a diario	puntúa 7

**Pregunta 5 (P5): ¿con qué frecuencia se dejó de hacer lo que se esperaba habitualmente por el consumo de sustancias en los últimos tres meses?**

Nunca	puntúa 0
Una o dos veces	puntúa 5
Mensualmente	puntúa 6
Semanalmente	puntúa 7
Diariamente o casi a diario	puntúa 8

**Pregunta 6 (P6): si algún amigo, familiar o alguien más ha mostrado preocupación por los hábitos de consumo y qué tan reciente ha sido.**

No, nunca	puntúa 0
Sí, en los últimos 3 meses	puntúa 6
Sí, pero no en los últimos 3 meses	puntúa 3

**Pregunta 7 (P7): si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido.**

No, nunca	puntúa 0
Sí, en los últimos 3 meses	puntúa 6
Sí, pero no en los últimos 3 meses	puntúa 3

**Pregunta 8 (P8): si alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada y qué tan reciente ha sido.**

No, nunca	NO	SI
Sí, en los últimos 3 meses	NO	SI
Sí, pero no en los últimos 3 meses		
3 meses	NO	SI

Generalmente, las puntuaciones del rango medio indican consumo peligroso o dañino de sustancias (riesgo moderado) y las puntuaciones más altas dependencia de sustancias (alto riesgo). Las preguntas específicas relacionadas con el consumo dependiente o de alto riesgo se refieren a un fuerte deseo o ansias de consumir (P3), intentos fallidos de reducir o eliminar el consumo (P7) y consumo por vía inyectada (P8).

La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7 para cada sustancia seleccionada en la pregunta uno (P1). Los resultados de la pregunta ocho (P8) que explora el consumo por vía inyectada, no cuentan para la suma total, pero son un indicador de alto riesgo y se asocia con sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con el consumo. Un usuario que se inyecta, siempre debe ser derivado a un servicio especializado para evaluación y tratamiento.

Los usuarios que obtuvieron puntuaciones de tres o menos (10 o menos para alcohol) tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias; deben recibir consejo breve, y ser informados de sus puntuaciones. Felicitar y alentar a los usuarios que tienen riesgo bajo puede contribuir al reforzamiento para mantener esas conductas a lo largo del tiempo.

Una puntuación entre 4 y 26 (11 y 26 para alcohol), significa que los usuarios tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. Algunos quizás ya presenten problemas, y de continuar el consumo a este ritmo tienen una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia. Se recomienda el ingreso para algún programa de tratamiento breve.

Un puntaje igual o mayor a 27, en cualquier sustancia, sugiere un alto riesgo de dependencia de la sustancia en que se haya obtenido dicha puntuación, y probablemente, se están teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales e interpersonales, como resultado del consumo de sustancias. Además, los usuarios que en los últimos tres meses se han inyectado en promedio drogas más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo. Para este tipo de usuarios, es conveniente la derivación a establecimientos con mayor nivel de complejidad especializados en el tratamiento de las adicciones y a otros donde se pueda establecer un diagnóstico certero para anticuerpos de VIH y hepatitis C.

#### **e. Detección temprana. Método IDEAS**

La detección temprana, se refiere al momento oportuno de intervención para que una problemática en particular detenga su evolución natural hacia etapas más complejas y dañinas.

Particularmente, la detección temprana vinculada al consumo de drogas, es primordial para prevenir de manera eficiente el consumo de drogas o evitar que éste se incremente hasta el punto de llegar a una adicción.

Asimismo, permite separar a la población según la topografía del proceso adictivo (abstinencia, uso experimental, uso, abuso, dependencia) para que se brinde la atención correspondiente.

La prevención universal se refiere a las acciones dirigidas a una población (por ejemplo, niños y adolescentes) con o sin riesgo de consumo de drogas. Va encaminada a retrasar la edad de inicio del consumo, o mejor aún, a evitar que se consuman sustancias psicoactivas.

La prevención selectiva se centra en los grupos de riesgo (adolescentes con uso experimental o una cantidad importante de factores de riesgo presentes) y se dirige a detener el avance hacia un consumo problemático.

La prevención indicada, tiene como fin evitar que el consumo progrese y se enfoca en la disminución de los problemas asociados a éste. Se dirige a grupos que ya consumen tabaco, alcohol u otras drogas, y que por ello pueden sufrir consecuencias negativas (CONADIC, 2010).

Por otro lado, el Método IDEAS se refiere a un conjunto de técnicas para capacitar a profesionales de la salud con las herramientas básicas que les permitan llevar a cabo actividades de detección y consejería en adicciones en ámbitos de atención primaria de la salud y comunitarios (CONADIC, 2010c).

Consta de cinco pasos estructurados:

**Indaga.** Se refiere al momento de obtener la información mínima necesaria para definir acciones posteriores. Se refiere a datos que den indicios sobre el consumo de sustancias, lugares dónde se consumen, eventos o situaciones precipitadoras y las consecuencias asociadas al consumo. En este punto se puede hacer uso de la entrevista y de cuestionarios de tamizaje (POSIT y ASSIST).

**Dialoga.** Es el punto donde a partir de la información recabada se ofrece una retroalimentación libre de prejuicios. Se refuerzan hábitos saludables y se identifican factores protectores y de riesgo. Es importante que se establezcan claramente cuáles pueden ser las consecuencias

negativas del consumo y las positivas de la abstinencia. Asimismo, es importante que se elabore un plan de acción adecuado a la situación de cada persona y se manifieste el interés del personal de salud por acompañarlo en todo el proceso de cambio.

**Establecimiento de metas y planes de acción.** La persona debe decidir libremente si quiere continuar la abstinencia, reducir el consumo o buscar ayuda profesional. El profesional deberá acompañar en el proceso reforzando hábitos saludables. Los planes de acción son importantes para alcanzar las metas y deben ser congruentes con la realidad de la persona.

**Acompañamiento.** Es importante el apoyo y seguimiento que se pueda ofrecer a la persona para reforzar el cumplimiento de las metas y revisar si las estrategias planteadas en los planes de acción son eficaces o requieren ajustes.

**Seguimiento.** Permite evaluar la eficacia de las metas y estrategias planteadas reforzándolas o derivar a la persona a servicios especializados en caso de no haber funcionado.

Por último, siempre es importante que se involucre a la familia en el proceso con el objetivo de reforzar las acciones implementadas para el logro de metas y derivarla a los servicios especializados en caso de ser necesario, ya que precisamente, en muchos casos las causas de las enfermedades trascienden al sector de la salud y por lo tanto deben abordarse con un enfoque en el cual participe toda la sociedad (Nebot, Rosales, Borrell & Bentz, 2009; CONADIC, 2010, 2010b, 2010c).

#### **2.4. Intervenciones breves desde el enfoque cognitivo conductual**

Existe amplia evidencia sobre la efectividad de las intervenciones breves basadas en la teoría del aprendizaje social que se complementan utilizando componentes de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999), prevención de recaídas (Marlatt, 1985) y técnicas de autocontrol, dirigidas a personas con un patrón de consumo problemático sin ser dependientes (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998; Babor & Grant, 1992; Sobell & Sobell, 1993).

Por ejemplo, para adolescentes no consumidores se cuentan con una gran cantidad de programas de prevención universal enfocados en el desarrollo de las diez habilidades para la vida que la Organización Mundial de la Salud establece como componentes esenciales de un

desarrollo saludable (OMS, 2009; Mangrulkar, 2001), así como también programas para aquellos que ya presentan síntomas de dependencia.

Sin embargo, existe otro grupo de adolescentes que sin presentar aun síntomas de dependencia, si presentan problemas asociados con el consumo del alcohol; para este tipo de casos se recomiendan las intervenciones breves (Winters, Leitten, Wagner y O'Leary, 2007).

Al permitir las intervenciones breves la utilización de diferentes formatos para su aplicación, los terapeutas tienen la libertad de modificar de manera sistemática el número, duración o frecuencia de las sesiones con el objetivo de encontrar el formato que mejor se acople a los requerimientos de los usuarios. Así, se han reportado intervenciones de una sola sesión (Aubrey, 1998; Baer, 1992; Barnett, Monti & Wood, 2001, citados en Martínez, 2010), e intervenciones breves de tres a cinco sesiones (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Breslin, Sdao-Jarvie, Li, Tupker & Itting-Deland, 2002; Marlatt, 1998; Wagner, Brown, Monti, Myers & Waldron, 1999) que inciden en la disminución del consumo de alcohol y por ende, del daño asociado en los usuarios.

Por otro lado, con respecto al Consejo Breve, el cual por definición consiste en una intervención que dura de 3 a 15 minutos en una sola sesión donde se evalúa y se implementan estrategias que favorecen el cambio conductual (OMS, 2011; Martínez, 2010), también ha sido aplicado y evaluado en México con adolescentes de características similares a los reportados en el PIBA. Los resultados han mostrado efectividad en la reducción del patrón de consumo y de los problemas asociados (Martínez, Pedroza, Vacio, Jiménez & Salazar, 2008). También, se ha concluido que el Consejo Breve es efectivo en el tratamiento de adicciones en aquellos grupos poblacionales donde se carece de recursos, servicios y profesionales especializados en intervenciones breves, como en áreas geográficas de difícil acceso y rurales (Martínez, Pedroza y Salazar, 2008).

Las anteriores investigaciones, han concluido que tanto el Consejo Breve como las Intervenciones Breves pueden ser considerados como una herramienta eficaz en la reducción del consumo de alcohol o drogas y de los problemas asociados a éste.



## 2.5. Modelo de Atención UNEME CAPA

Las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA) ofrecen a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones, que contemple desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve; ambulatorio, accesible y de calidad. Dicho modelo otorga prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad y consumidores experimentales, a efecto de intervenir con ellos y sus familias en forma oportuna y evitar el desarrollo de trastornos por abuso o dependencia.

### Objetivos Específicos

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

### Estrategias

#### 1. Prevención

Crianza Positiva

Talleres psicoeducativos

Pláticas de sensibilización sobre ludopatía

#### 2. Tamizaje. Identificación precoz

Habilidades para la vida

### 3. Intervención breve

Programa de de Intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo

Intervención Breve para Usuarios de Marihuana

Intervención Breve Motivacional para Fumadores

Intervención Breve para Bebedores Problema

Orientación a familiares de usuarios

Programa para Padres de Adolescentes en Riesgo

### 4. Tratamiento breve

Tratamiento para ludopatía

Tratamiento Breve para consumidores de Cocaína

Programa de Satisfactores Cotidianos

Programa de Prevención de Recaídas

### 5. Derivación oportuna y de calidad

### 6. Prevención de recaídas y cuidados posteriores

### 7. Investigación-acción

## **2.6. Seguimiento efectivo en red y prevención de recaídas**

El seguimiento en la atención y tratamiento de las adicciones, tiene por objetivo evaluar el cambio en el patrón de consumo del usuario, nivel de autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias, nivel de dependencia, situaciones de riesgo y satisfacción de vida cotidiana, con la finalidad de evitar, dependiendo el momento del proceso en que se encuentre el individuo, desde el consumo de sustancias hasta una recaída (Barragán y cols., 2014)

Precisamente, como resultado de la evaluación de la efectividad de los programas de intervención a través del seguimiento, el profesional de la salud puede intervenir de manera oportuna, en caso de así ser necesario, para revisar los componentes que el usuario necesite trabajar para reforzarlos.

Una recaída es parte del proceso adictivo, y sucede, cuando la persona que ha logrado la abstinencia se expone a una situación de riesgo y no se siente capaz de mantenerla con las estrategias de enfrentamiento que adquirió y desarrollo durante el tratamiento. De acuerdo a lo anterior, cuando el usuario se siente capaz de dar una respuesta diferente al consumo ante la

situación de riesgo, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente y que incrementará su percepción de autocontrol y de autoeficacia (Barragán y Cols., 2014).

Uno de los factores relacionados con la prevención efectiva de recaídas, se refiere al apoyo social, entendido como un proceso interactivo mediante el cual el individuo obtiene el apoyo necesario de la red social en la que se encuentra inserto, ya que la manifestación de dicho apoyo juega un papel importante para prevenir o mitigar el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes (Garmendia y Cols., 2008).

Por último, el apoyo social puede brindarse antes, durante y después de la intervención apoyando el seguimiento y la prevención de recaídas, considerando que entre más robusta y diversa la red, mayores serán los beneficios.

### **Tema 3**

#### **Comunicación y manejo del conflicto**

Desarrollar la habilidad para decir lo que se quiere, como se quiere y cuando se quiere, dentro de un contexto de respeto y dirigido al cumplimiento de los objetivos de una organización, es fundamental para conformar equipos de trabajo eficientes. Así mismo, es importante contar con habilidades para resolver los conflictos, que como parte natural del contacto entre personas pueden surgir, que puedan presentarse durante el proceso de vida de los equipos de trabajo.

##### **3.1 Habilidades de comunicación y manejo del conflicto**

Una de las habilidades primordiales de los profesionales de atención primaria, se refiere al adecuado manejo y resolución de los problemas de salud que le son inherentes, para ello, la capacidad de generar una comunicación eficaz para promover el trabajo en equipo, crear un clima de confianza y seguridad con los usuarios y promover cambios en la comunidad es fundamental (OPS, 2007).

Una comunicación eficaz entre los miembros de un equipo de trabajo, resulta esencial para hacer frente con mayor solvencia a las situaciones críticas, y encontrar soluciones más

adecuadas, permitiendo el traspaso de experiencias, habilidades, capacidades y puntos de vistas diversos (IEDF, 2014; OPS, 2007).

Se debe asimismo, desarrollar la habilidad de entender e interpretar lo que no se dice, más que lo que sí se dice. Mediante la empatía, se pueden solucionar más fácilmente los problemas. Aprender a escuchar antes de comunicar, con el propósito de detectar oportunamente las áreas de mejora que afectan el desempeño del equipo (IEDF, 2014).

Partiendo de que los conflictos son inevitables y necesarios, dado que son parte integral de la convivencia cotidiana y fuente de aprendizaje, de desarrollo y de maduración personal. Se puede llegar a hacer frente a los conflictos poniendo en juego mecanismos que coadyuven a su manejo propositivo, es decir, convertirlos en soluciones viables, que den lugar a procesos de mejora.

## **Tema 4**

### **Gestión del conocimiento**

Es a partir del conocimiento integrado que una organización puede fortalecerse para posicionarse dentro de la comunidad, mantener a sus miembros motivados y brindar atención de calidad.

#### **4.1 Gestión del conocimiento**

Varios autores afirman que la gestión del conocimiento ha estado entre nosotros desde hace mucho tiempo, dado que las prácticas del conocimiento se remontan al inicio de la civilización al tratarse de actuaciones inherentes al ser humano (Valhondo, 2003).

Sin embargo, el establecimiento de un vínculo entre la base social del conocimiento y la capacidad de generar valor, es una idea reciente, por lo que se precisa delimitar la gestión del conocimiento de otras prácticas relacionadas con el conocimiento (CIDEC, 2004):

Constituye una herramienta técnica para la producción de valor a partir del tratamiento efectivo y eficiente de la realidad representada.

Encuentra su fundamento en un conjunto de ciencias, denominadas ciencias del conocimiento.

Implica el reconocimiento del vínculo formal entre el tratamiento social del conocimiento y la capitalización del mismo.

Se alimenta de un conjunto de iniciativas y proyectos para instrumentar la toma de decisiones.

La gestión del conocimiento debe promover el trabajo en equipo, la socialización de la experiencia individual, el entendimiento del saber institucional y la incorporación de nuevos saberes. Un conocimiento integrado es más fuerte que uno individual y sólo a partir del conocimiento integrador se puede aspirar a brindar la mejor atención posible (CIDEDEC, 2004).

Finalmente, la gestión del conocimiento debe tener como uno de sus principales objetivos, acercarse a la comunidad y a las necesidades de los usuarios a través del diseño de proyectos de investigación encaminados a conocer mediante un pensamiento sistémico, es decir, integrador de todas las disciplinas participantes la situación del consumo de adicciones de una población, que se concretarán en dos instrumentos técnicos fundamentales: el diagnóstico de salud en adicciones y el proyecto de trabajo (Hernández y Cols., 2008).

## **Tema 5**

### **Salud pública y promoción de la salud**

El enfoque de salud orientado a la prevención a través de la promoción de hábitos saludables es más redituable que el antiguo enfoque de curar la enfermedad. Es importante conocer los factores de riesgo y la epidemiología con la finalidad de orientar las acciones preventivas y hacerlas efectivas.

#### **5.1 Epidemiología sobre el consumo de sustancias y factores de riesgo presentes en la comunidad**

Partiendo de que la salud se concibe como el estado de completo bienestar físico, mental y social de una comunidad, la salud pública se encarga del estudio de los problemas que la aquejan en materia de salud, para hallar sus causas y mantener dicho bienestar a través de las acciones correspondientes. Para alcanzar dichos objetivos, es necesario promover estilos de vida saludables, impulsar la investigación para eficientar la prevención y fortalecer la educación en salud (OEA, 2013).

Precisamente, la información disponible sobre el consumo de sustancias y sobre los factores de riesgo, sirve de base para dirigir las acciones educativas y los programas de prevención e intervención para cada segmento de la población.

Contar con programas preventivos que efectivamente den respuesta a la problemática que se presenta en la comunidad y que impliquen acciones formativas y no sólo informativas o asistenciales es de vital importancia, por lo que además de utilizar la información disponible, se debe promover la vinculación de ésta con evidencia científica.

Desde este contexto, contribuir al conocimiento de lo que ocurre en la población y construir herramientas de análisis para volver eficaces las acciones preventivas basadas en evidencia, sobre todo en población vulnerable, con la finalidad de generar acciones reales de prevención y promoción de la salud.

Dentro de las principales fuentes tenemos:

- Sistematización de la información generada en las unidades; demanda de atención, tamizaje, monitoreo comunitario, adaptaciones a programas de intervención comunitaria y tratamiento.
- Encuestas sobre consumo de sustancias psicoactivas.
- Observatorios estatales y nacionales sobre consumo de sustancias.
- Plataformas de captura e información (Sistema de Información de los Consejos Estatales Contra las Adicciones).
- Información científica

Por último, es importante considerar que la sistematización de la información y las acciones preventivas y de atención vinculadas a evidencia científica, permitirán, de una mejor manera, hacer frente a retos (brotos, modas, contingencias) epidemiológicos del consumo de sustancias psicoactivas..

## **5.2 Habilidades para la vida**

De acuerdo a la Organización panamericana de la Salud, el enfoque de habilidades para la vida promueve el desarrollo de destrezas que permiten a los adolescentes la adquisición de aptitudes

necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de su vida diaria e identifica tres ejes básicos con 10 componentes primordiales:

1) Habilidades sociales e interpersonales

- Autoconocimiento (1)
- Empatía (2)
- Comunicación asertiva (3)
- Relaciones interpersonales (4)

2) Habilidades cognitivas

- Pensamiento creativo (5)
- Pensamiento crítico (6)
- Toma de decisiones (7)

3) Habilidades para manejar emociones

- Manejo de emociones y sentimientos (8)
- Manejo de tensiones y estrés (9)
- Manejo de problemas y conflictos (10)

Las teorías sobre el desarrollo humano y las conductas del adolescente sostienen que estas habilidades específicas son elementos indisolubles de un desarrollo saludable, y generalmente definen a un niño de carácter sólido. Asimismo, se ha encontrado que funcionan como mediadores de conducta en la adolescencia.

Los resultados de la evaluación de dichos programas, arrojan evidencia sobre la función protectora de las habilidades para la vida, mostrando que puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover el ajuste social positivo.

El contenido informativo debe incorporarse en los programas con base en las actividades y características personales, sociales y de salud del adolescente dentro de un contexto socio cultural determinado. Cada región presenta diferentes retos, por lo que los contenidos pueden variar dependiendo del tipo de comunidad al que nos enfrentemos.

Los programas efectivos utilizan métodos de enseñanza interactivos que incluyen actuaciones, discusiones abiertas, ensayo de habilidades y actividades en grupos pequeños. Lo anterior, con la finalidad de que niños y adolescentes construyan un conocimiento que les permita enriquecer y modificar sus esquemas básicos de acción para poner en marcha las habilidades dentro y fuera de sus contextos cotidianos.

En la investigación se estableció que tanto el desarrollo de habilidades como el contenido informativo son componentes necesarios de los programas efectivos, es decir, se debe promover el desarrollo de competencias. Una recomendación clave, es la capacitación y la incorporación de conductas externas positivas como solución a los problemas (OPS, 2003; OPS, 2001),

### **5.3 Psicoeducación**

La Psicoeducación es una intervención cuyo principal propósito es enseñar al individuo y su familia en qué consiste el proceso adictivo, las características que tiene y las estrategias que pueden utilizarse para mejorar las condiciones de vida frente a dicho consumo (Martínez-González y Cols., 2012).

Como paso previo o parte integral de la intervención psicológica, proporciona información sobre los mecanismos que desencadenan y mantienen las diferentes conductas y respuestas del sujeto, promoviendo el análisis y reinterpretación de los síntomas (análisis funcional de la conducta) con base en información científica. Asimismo, aborda los pensamientos, ideas y creencias irracionales y distorsionadas con respecto al consumo y plantea el problema desde una perspectiva centrada en el individuo (Bulacio y Cols., 2003).

La psicoeducación ofrece un contexto de apoyo continuo, para el individuo y su familia, para resolver problemas y aplicar el conocimiento adquirido (Hoffman y Cols., 1999).

Finalmente, la intervención psicoeducativa puede aplicarse en una amplia variedad de escenarios y situaciones, donde los profesionales pueden adaptar los contenidos a cada contexto para potencializar su efectividad, con el propósito de brindar las herramientas necesarias para que individuos y familias desarrollen estrategias y habilidades para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en niños y adolescentes (CONADIC, 2017).



## Tema 6

### Área de gestión

Para generar calidad en los procesos, dentro de un marco de eficiencia y cordialidad, tendientes a ofrecer calidad en los servicios es necesario instrumentar acciones en consecuencia.

#### 6.1. Supervisión

Con base en una investigación desarrollada en la Universidad chilena de Arica y publicada en la revista chilena de ingeniería *Ingeniare* (Cuadra y Veloso, 2010), sobre el Grado de Supervisión<sup>45</sup> como variable moderadora entre liderazgo y satisfacción, motivación y clima organizacional, se puede afirmar lo siguiente:

1. La supervisión ejerce una influencia moderadora en la relación que se da entre liderazgo general y satisfacción laboral; por lo que cuando la supervisión es estrecha, la correlación entre liderazgo y la satisfacción laboral aumenta, mientras que cuando el grado de supervisión es lejano, la correlación disminuye.
2. Asimismo, existe evidencia estadísticamente significativa para establecer que la supervisión ejerce una influencia moderadora en la relación que se da entre liderazgo general y la motivación laboral, pues cuando la supervisión es estrecha la correlación aumenta a diferencia de cuando es lejana y la correlación disminuye.
3. Finalmente, los autores encontraron que la supervisión ejerce una influencia moderadora en la relación que se da entre liderazgo general y clima organizacional, debido a que cuando la supervisión es estrecha la correlación entre liderazgo y clima aumenta; cuando la supervisión es lejana disminuye.

Por lo tanto, siguiendo a los autores, se puede afirmar que el grado de supervisión es una importante variable moderadora. Y se puede esperar que, cuando el supervisor es considerado,

---

<sup>45</sup> De acuerdo a los autores, Grado de Supervisión se conceptualizó como un constructo con dos polos, estrecho o lejano. Con base en esto, se dará una supervisión estrecha cuando el líder pase mucho tiempo con sus colaboradores y tenga gran influencia sobre cómo ejecuten su trabajo. El caso contrario daría cuenta de una supervisión lejana.

muestra preocupación por los demás y utiliza una supervisión estrecha, variables como motivación y satisfacción (o cualquier otra) aumenten significativamente; cuando el líder es considerado y remoto, se espera una pequeña disminución en los niveles de motivación y satisfacción; cuando el líder es poco considerado, irrespetuoso, poco colaborador y estrecho, se espera que los niveles de motivación y satisfacción disminuyan significativamente y cuando el líder es desconsiderado y remoto, se espera una pequeña disminución de las variables aludidas.

En conclusión, el estilo personal, la cantidad y calidad de las visitas y las habilidades para entablar comunicación con los miembros del equipo, juegan un papel fundamental para el cumplimiento de los objetivos de la supervisión y en el mantenimiento de un clima favorable de trabajo.

## **6.2. Gestión de la calidad**

El PND 2013-2018, en su segunda meta nacional *México incluyente*, señala la necesidad de integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. Para el logro de dicha meta, uno de los objetivos establecidos es el 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, del cual se desprende la estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

En congruencia con el PND, el PRODESA 2013-2018, en su estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del sistema nacional de salud, incluye diez líneas de acción que contribuyen al cumplimiento del Objetivo 2. *Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.*

La gestión de la calidad, persigue la consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica a través del posicionamiento de la calidad, la seguridad y la eficiencia en la atención. Lo anterior significa, brindar atención a los diferentes sectores para promover, mantener y restaurar la salud de los individuos y la población, con especial énfasis en la atención primaria. Además, la calidad, la seguridad y la eficiencia en la atención médica consideran la generación y la gestión de los recursos adecuados, y la evaluación y la investigación científica, con el propósito de incentivar la participación de la sociedad con corresponsabilidad y como un tema permanente en la gestión y la operación de las unidades de

salud. Ciertamente, con la finalidad de generar confianza en la comunidad, los usuarios y el personal de salud.

En el caso específico de las UNEME CAPA, existe un modelo de gestión de calidad en salud propuesto por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), el cual conforma una herramienta útil para guiar a las unidades en el logro de resultados de valor para la persona: 1) salud, 2) acceso efectivo, 3) atención médica segura, 4) costos razonables, 5) satisfacción de la persona al transitar por el sistema; considerando criterios de liderazgo en la implementación de la atención, uso de información para la toma de decisiones, planeación basada en las necesidades de la población, responsabilidad social, desarrollo y satisfacción del personal, así como mejora continua de los procesos (Moreno, 2017).

Por último y como se ha venido mencionando a lo largo del presente documento, una de las principales funciones de un Sistema de Salud es la provisión de servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, lo que implica que el sistema responda a las necesidades de salud de la población, siendo un elemento fundamental la calidad en la atención de la salud (Moreno, 2017; Nebot y Cols., 2009; WHO, 2000).

### **6.3. Planificación y evaluación**

La planeación de acuerdo a Pineault<sup>46</sup> se define como:

*Un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas, esta elección toma en consideración el contexto de dificultades, internas y externas, conocidas actualmente o previsibles en el futuro+(Pineault, 1987; en Abad, 2010, p. 3).*

La planificación es necesaria cuando se quiere alcanzar un objetivo de manera eficiente, siempre y cuando se respeten los siguientes principios (Abad, 2010):

---

<sup>46</sup> Pineault R, Daveluy C. (1987). La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson.

**Flexibilidad:** La planificación debe ser un proceso flexible, ya que se desarrolla en un entorno donde la producción de continuos cambios socioculturales y tecnológicos hace muy difícil el establecimiento de un plan rígido. Cuando se hace la planeación de las actividades extramuros (talleres psicoeducativos) en coordinación con escuelas de educación básica, todos nos hemos enfrentado con la dificultad de que los tiempos escolares para estas actividades son escasos y que las autoridades escolares frecuentemente posponen la realización de las actividades por lo que se requieren estrategias flexibles para calendarizar actividades con la educación básica.

**Globalidad:** El proceso de planificación debe plantearse desde perspectivas amplias, interdisciplinarias e integradoras. Uno de los errores sistemáticos que se ha venido cometiendo en las UNEME CAPA, es precisamente, la planeación segmentada del tamizaje. Si quizás pudiéramos verlo como un proceso que va más allá de la coordinación con autoridades y la aplicación de una prueba, contemplándolo como un proceso de detección, atención y seguimiento, daría mejores resultados al momento de calendarizar y evaluar su efectividad.

**Realismo:** Analizando con sentido común tanto la posibilidades de actuación como los márgenes de intervención. En este sentido, siempre es mejor calidad que cantidad.

**Participación:** Únicamente los procesos de planificación que fomentan la participación del mayor número de áreas y agentes implicados resultan efectivos. Por lo que un trabajo coordinado y en equipo da mejores resultados que el trabajo individual y aislado.

**Formalización:** Es necesario plasmar todas las actividades en un documento que a la vez que sirve de vehículo informativo, compromete a los promotores. La sistematización y documentación de las actividades en un registro facilita la implementación de las estrategias y la evaluación de las mismas.

**Operatividad:** La planificación no es una cuestión de prestigio o moda, su finalidad es constituir un instrumento de gestión y cambio. Una cultura del saber hacer que gradualmente puede ser instaurada.

Por último, la evaluación es necesaria en el sentido de que debemos analizar qué se ha logrado, cómo se ha logrado, cuánto se ha logrado y si hubo cambios o modificaciones a los proyectos de trabajo. Lo anterior con la finalidad de redirigir las estrategias para conservar lo que ha dado

resultado, replantear lo que no ha funcionado y desterrar aquello que haya obstaculizado el cumplimiento de los objetivos.

#### **6.4. Gestión clínica**

El término *gestión* hace referencia al uso de los recursos con los que cuenta una institución; mientras que la *clínica* es la actividad médica o psicológica directa al cuidado de los usuarios, por lo que se puede obtener la siguiente definición:

*Gestión Clínica* se refiere a la utilización adecuada de todos los recursos con los que cuenta una institución encaminada a la atención de calidad de los usuarios.

La gestión clínica no precisa de cambios normativos y puede darse de manera paulatina y gradual; requiere de la participación activa y constructiva de todos los involucrados para la toma de decisiones por lo que promueve las relaciones horizontales; apunta hacia la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad y tiende a reforzar la capacidad de respuesta de la organización mejorando las relaciones intra e interpersonales (entre profesionales y entre profesionales y usuarios); por último, contribuye a elevar la motivación del personal y potencializa la gestión de información (Temes, 2001).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad, J. M. (2010). Planificación, evaluación y gestión sanitaria. Programa de la asignatura de Planificación Sanitaria de la Maestría en Salud Pública. Zaragoza, Aragón: Universidad de Zaragoza.

Alford, B. & Beck, A. (1997). The integrative power of cognitive therapy. New York: The Guilford Press.

Alles, M. A. (2000). Dirección estratégica de recursos humanos: gestión por competencias. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Norma.

Ameri, A. (1999). The effects of cannabinoids on the brain. *Progress in Neurobiology*, 58:315-348.

American Psychiatric Association (2014). DSM-5 Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana.

Anderson, P., Gual A. y Colon, J. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Ardila, R. (1989). Psicología del Aprendizaje (21a ed.). México, D.F.: Siglo Veintiuno Editores.

Aubrey L.L. (1998). Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, Vol. 59 (3-B), Sep 1998, 1357.

Ayala, H.E., Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 6, 71-93.

Babor, T.F. & Grant, M. (1992). Project on identification and management of alcohol related problems. Report on phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Geneva: World Health Organization.

Baer, S. J., Marlatt, G. A., Kivlahan, R. D., Fromme, K., Larimer, E. M. & Williams, E. (1992). Experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 974-979.

Barnett, J. S., Monti, P. M. & Wood, M. D. (2001). Motivational interviewing for alcohol involved adolescents in the emergency room. En E. F. Wagner & B.H. Waldron (Eds.). *Innovations in adolescent substance abuse intervention* (pp. 143-168). Oxford: Elsevier Science Ltd.

Barragán, L., Flores, M., Ramírez, A. N. y Ramírez, C. (2014). Manual del Programa de Prevención de Recaídas. México, D.F.: Salud/CONADIC/CENADIC.

Barragán, L. y López, F. (2013). GUÍA PARA EL TRATAMIENTO E INTEGRACIÓN SOCIAL EN MATERIA DE ADICCIONES: Casa de Medio Camino para personas con dependencia a Sustancias Psicoactivas desde la perspectiva cognitivo conductual. México, D.F.: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

Beckstead, M. J. & colab. (2000). Glycine and gamma-aminobutyric acid(A) receptor function is enhanced by inhaled drugs of abuse. *Molecular Pharmacology*, 57:1199. 1205.

Breslin, C., Sdao-Jarvie, K., Li, S., Tupker, E., & Itting-Deland, V. (2002). Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychological Addictive Behavior*, 16, 10-16.

Breslin, C., Sobell, M. B., Sobell, L. C., Cunningham, J. A., Sdao-Jarvie, K. & Borsoi, D. (1998). Problem drinkers: evaluation of a stepped-care approach. *Journal of Substance Abuse*, 10, 217-232.

Brownstein, M. J. (1993). A brief history of opiates, opioid peptides and opioide receptors. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 90:5391. 5393. Citado en Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C.: OPS. pp. 79.

Bulacio, J.M., Vieyra M. C. y Esteban, E.L. (2003). El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica. Fundación de Investigación en Ciencias Cognitivas Aplicadas (ICCAp). Buenos Aires: ICCAp. Tomado de [http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/posterSEAS\\_sep\\_2006\\_Psicoeducacion.pdf](http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/posterSEAS_sep_2006_Psicoeducacion.pdf).

Carrascoza, C. A. Coordinador (2013). Aspectos culturales, sociales y preventivos de las adicciones en México. México, D.F.: CONACULTA.

Castillo, E. M. (2003). Los métodos de la enseñanza problémica como estrategia para el taller integrador I de la F.I.M.E. Tesis para obtener el grado de Maestría en la Enseñanza de las Ciencias con especialidad en Matemáticas. Facultad de Filosofía y Letras/Facultad de Ciencias Físico Matemáticas/Universidad Autónoma de Nuevo León.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2008). Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud CENETEC.

Chen, JP & colab. (1990). Delta 9-tetrahydrocannabinol produces naloxoneblockable enhancement of presynaptic basal dopamine efflux in nucleus accumbens of conscious, freely-moving rats as measured by intracerebral microdialysis. *Psychopharmacology*, 102:156. 162.

Centro de Investigación y Documentación sobre problemas de la Economía, el Empleo y las Cualificaciones Profesionales (2004). Cuadernos de trabajo: Gestión del conocimiento y capital intelectual. No. 31. Donostia-San Sebastián: CIDEC.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2017). Guías preventivas para niños, niñas, adolescentes, padres y maestros. Síntesis Ejecutiva. Dirección General Técnico Normativa. Salud/CONADIC.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2017b). Hablemos sobre el tabaco, alcohol y otras drogas. Guía preventivas para padres y maestros. Dirección General Técnico Normativa. Salud/CONADIC.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2015). Líneas de Acción del Programa de Prevención y Atención de las Adicciones 2015-2018. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2015b). Manual de procedimientos para las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2015c). Manual de organización para las Unidades de Especialidad Médica Centros de Atención Primaria en Adicciones. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2010). Prevención de las Adicciones y Promoción de las conductas saludables para una nueva vida. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2010b). El ABC de las drogas: ¿qué son los inhalables? México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2010c). Curso de Detección, Orientación y Consejería en Adicciones. METODO IDEAS. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2010d). Guía para la referencia/contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2008). Modelo de Atención UNEME CAPA: Centros de Atención Primaria y Centros Nueva Vida+. México, Distrito Federal: Salud/CONADIC.

Cruz, S. L. (2014). Los Efectos de las Drogas De sueños y Pesadillas. México, D.F.: Trillas.

Cuadra, A. A. y Veloso, C. B. (2010). Grado de supervisión como variable moderadora entre liderazgo y satisfacción, motivación y clima organizacional. Ingeniare. Revista chilena de ingeniería, vol. 18-1: 15-25.

Echeverría, S.L., Carrascoza, V.C. y Reidl, M.L. Compiladores (2007). Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas. México, D.F.: UNAM.

Evans E. B. & Balster R. L. (1991). CNS depressant effects of volatile organic solvents. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 15:233. 241.

Evans A. C. & Raistrick, D. (1987). Phenomenology of intoxication with toluene based adhesives and butane gas. British Journal of Psychiatry, 150:769. 773.

Fainstein, H. N. (1997). La gestión de Equipos Eficaces. Buenos Aires: Editorial Macchi.

Fernández, C. Coordinadora (2014). CONSUMO DE DROGAS: riesgos y consecuencias. México, D.F.: CIJ.

Fernández, D. (1999). La teoría de la equilibración. Un modelo explicativo del desarrollo cognitivo. Catedra de Psicología y Epistemología Genética. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.



García, V. S. (1998). Procesos psicológicos y museos de ciencias: interacción y construcción del conocimiento. Tesis para obtener grado de licenciatura. México, D.F.: Facultad de Psicología/UNAM.

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2011). Ley de interculturalidad, atención a migrantes y movilidad humana en el Distrito Federal. México, D.F.: Jefatura de Gobierno. 7 de abril de 2011.

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2009). Ley de Salud del Distrito Federal. México, D.F.: Jefatura de Gobierno. 17 de septiembre de 2009.

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2008). Ley de Protección de Datos del Distrito Federal. México, D.F.: Jefatura de Gobierno. 3 de octubre de 2008.

Galiege, S. & colab. (1995). Expression of central and peripheral cannabinoid receptors in human immune tissues and leukocyte subpopulations. *European Journal of Biochemistry*, 232:54-61.

Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). La Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, 136: 169-178.

Gobierno de la República (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México.

Hernández, E., Morales, J., Rodríguez, E. y Zenteno, R. (2008). Colecciones Educativas en Salud Pública. Producto de los módulos: Gestión del Conocimiento I y Salud Pública I (Generación 2007-2009 primer semestre). Primera edición, Xalapa, Veracruz: Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. ISSN: 1870-2767.

Hernández, J.L. (2013). Actualidad del fenómeno de las adicciones. Información contextual básica para la comprensión de la problemática de las adicciones desde la perspectiva psicosocial. En Carrascoza, C. A. Coordinador (2013). Aspectos culturales, sociales y preventivos de las adicciones en México. Pags. 27-70. México, D.F.: CONACULTA.

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. & Swenson, C. (1999). Dialectical Behavior Therapy-Family Skills Training. *Family Process*, 38: 399-414. doi:10.1111/j.1545-5300.1999.00399.x

Humeniuk R.E., Ali, R.A., Babor T.F., Farrell M., Formigoni M.L., Jittiwutikarn J., Boerngen de Larcerra R., Ling, W., Marsden, J., Monteiro, M., Niiwhatiwa, S., Pal, H., Poznyak, V. & Simon, S. (2008). Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*, 103(6):1039-1047.

Humeniuk, R.E., Dennington, V. & Ali, R.L. (2008). The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the ASSIST Screening Test in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomised Controlled Trial. Geneva, World Health Organization.

Instituto Electoral del Distrito Federal (2014). Talleres de participación ciudadana: Trabajo en equipo y manejo de conflictos/Comunicación eficaz. México, D.F.: Instituto Electoral del Distrito Federal IEDF. Dirección Ejecutiva de Participación Ciudadana.

Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (2014). El Abuso de Drogas y la Drogadicción. Recuperado el 09 de Octubre de 2016, de Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. Biblioteca Virtual. El Abuso de Drogas y la Drogadicción: [http://www.iapabibliotecavirtual.com.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35:e](http://www.iapabibliotecavirtual.com.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=35:e)

Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México y UNAM. Instituto de Investigaciones Sociales (2012). Consulta Juvenil Sobre Adicciones en el Distrito Federal. México, D.F.: UNAM. Instituto de Investigaciones Sociales. Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

Jacobs M.R. & Fehr, K.B. (1987). *Drugs and drug abuse: a reference text*, (2nd ed.) Toronto, Canada. Addiction Research Foundation.

Jaffe, J.H. (1990). Drug addiction and drug abuse. En Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C.: OPS. pp. 79.

Jaramillo, R.M. (2012). Trabajo en equipo. México, D.F.: Salud. Subdirección de Administración y Finanzas. Dirección General de Recursos Humanos. Departamento de Capacitación y Desarrollo de Habilidades.

Katzenbach, J.R. & Smith, D.K. (2005). *Discipline of Teams: Organizational Culture*. Organizational Development. Harvard Business Review. Brighton, MA. July-august 2005 issue.

Koob, G.F. (1992). Neural mechanisms of drug reinforcement. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 28:171. 191.

Mangrulkar, L. (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Programas de Salud y Desarrollo Humano (SDH), una división de Education Development Center, Inc. (EDC). Sweden: Organización Panamericana de la Salud.

Mariño, M.C., González-Forteza, C., Andrade, P. y Medina-Mora, M.E. (1998). Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental*, 21 (1), 27-36.

Marlatt, G.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R., Dimmeff, L.A., Larimer, M.E., Quigley, L.A., Somers J.M. & Williams E. (1998). Screening and brief interventions for high-risk college students drinkers: Results from a two year follow-up assessment. *Journal of Consulting Clinical Psychological*, 66, 604-615.

Marlatt, G. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model, en Marlatt, G & Gordon, J. (Eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Gilford Press. Pp. 1-70.

Martin, B.R. & colab. (1976). 3H-delta-9-tetrahydrocannabinol tissue and subcellular distribution in the central nervous system and tissue distribution in peripheral organs of tolerant and nontolerant dogs. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 196:128. 144. En Organización Mundial de la Salud. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C.: OPS. pp. 79.

Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Munera, P. y Verdejo-García, A. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 18-24.

Martínez, K.I., Pedroza, F.J., Salazar, M.L. y Vacio, M.A. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 3 (12-10 / 3-11), 35-53.

Martínez, K.I., Pedroza, F.J., Vacio, M.A., Jiménez, A.L., y Salazar, M.L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 247-264.

Martínez, K.I., Salazar, M.L., Pedroza, F.J., Ruiz, G.M., & Ayala, H.E. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 31, 119-127.

Martínez, K.I., Salazar, M.L., Ruiz, T.G., Barrientos, C.V., y Ayala, H.E. (2005). Programa de Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del terapeuta. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Méndez, M. y Cruz, C. (1999). Mecanismos cerebrales de reforzamiento del alcohol. II. Bases neuroquímicas: papel del sistema opioide. *Revista de Salud Mental*, V. 22, No. 1, enero 1999.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Molina-Holgado, F., Lledo A. & Guaza, C. (1997). Anandamide suppresses nitric oxide and TNF-alpha responses to Theiler's virus or endotoxin in astrocytes. *Neuroreport*, 8:1929. 1933.

Morales, S., Gordillo, T. y Chávez, M. (2013). *Guía para el Tratamiento e Integración Social en Materia de Adicciones: Adolescentes con Consumo de Sustancias Psicoactivas*. México, D.F.: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

Moreno, K. y Fernández, C. Coordinadoras (2014). *La Evidencia en Contra de la Legalización de la Marihuana*. México, D.F.: Trillas.

Moreno, P. (2017). *Modelo de Gestión de Calidad en Salud*. México, Ciudad de México: Salud/Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud/Dirección General de Calidad y Educación en Salud/Subdirección.

National Institute for Drug Abuse (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Recuperado el 09 de Octubre de 2016, de National Institute for Drug Abuse. *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>

National Institute for Drug Abuse (2010). *Terapia cognitiva conductual (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina y nicotina)*. Recuperado el 15 de febrero de 2017, de National Institute for Drug Abuse. *Principios de tratamiento para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-dro-10>

National Institute for Drug Abuse (2004). Cómo prevenir el abuso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes comunitarios. Bethesda, Maryland, USA.: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas (NIDA). 2ª edición.

Nebot A.C., Rosales, C. y Borrell, R.M. (2009). Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009; 26(2):176. 83.

Nutt D.J. & Malizia, A.L. (2001). New insights into the role of the GABA (A) benzodiazepine receptor in psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, 179:390. 396.

O'Brien, C.P. (2001). Drug addiction and drug abuse. En: Goodman and Gilman's: The pharmacological basis of therapeutics, 10a. ed. Nueva York, EE.UU. McGraw Hill: 621. 667.

Ong, W.Y. & Mackie, K. (1999). A light and electron microscopic study of the CB1 cannabinoid receptor in primate brain. Neuroscience, 92:1177. 1191.

Organización de los Estados Americanos (2013). El Problema de las Drogas en las Américas: Capítulo 2: Drogas y Salud Pública; p.79; cm. (OEA Documentos Oficiales). Washington D.C.: OEA.

Organización Mundial de la Salud (2016). Enfermedades Crónicas. Recuperado el 09 de Octubre de 2016, de Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Enfermedades Crónicas: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

Organización Mundial de la Salud (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias Manual para uso en la atención primaria. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la Salud en el Mundo 2008 . Atención primaria de salud: Dar prioridad a la persona. Capítulo 3 p.p. 43-63 Ginebra: Organización Mundial de la Salud OMS.

Organización Mundial de la Salud (2009). Glosario de Términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Organización Mundial de la Salud (2006). Tabaco: mortífero en todas sus formas. Día Mundial sin Tabaco 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Organización Mundial de la Salud (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington D.C.: OPS.

Organización Mundial de la Salud (2003). Habilidades para la Vida. Una propuesta educativa para vivir mejor. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS. Septiembre 06-12.

Organización Panamericana de la Salud (2011). Inter-American Drug Abuse Control Commission Report on drug use in the Americas, 2011. p.; cm. (OAS Official Records Series; OEA Ser.L) ISBN 978-0-8270-5707-4 1. Drug abuse America. 2.

Organización Panamericana de la Salud (2010). Intervención Breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Washington, D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS. ISBN 92 75 32699 1

Organización Panamericana de la Salud (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington, D.C.: OPS.

Ortiz, A., Martínez, R. y Meza, D. (2015). Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana No. 58. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México D.F.

Papalia, D. E. (2010). Desarrollo Humano. México, D.F: Mc Graw Hill Interamericana. Undécima edición.

Pasternak, G.W. (1993). Pharmacological mechanisms of opioid analgesics. *Clinical Pharmacology*, 16:1. 18. En Organización Mundial de la Salud. (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington D.C.: OPS. pp. 79.

Pertwee, R.G. (2001). Cannabinoid receptors and pain. *Progress in Neurobiology*, 63:569. 611.

Pertwee, R.G. (1997). Pharmacology of cannabinoid CB1 and CB2 receptors. *Pharmacology and Therapeutics*, 74:129. 180.

Rodríguez de Fonseca F & colab. (1997). Activation of corticotropin-releasing factor in the limbic system during cannabinoid withdrawal. *Science*, 276:2050. 2054.

Sagi-Vela, L. (2004). Gestión por competencias: el reto compartido del crecimiento personal y de la organización. Madrid, España: ESIC Editorial.

Santibáñez, P., Román, M.F., Lucero, C., Espinoza, A.E., Iribarra, D.E. y Müller, P.A. (2008). Variables inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26 (1), 89-98. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100008>

Secretaría de Salud (2016). Informe Anual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones SISVEA 2015. México: Dirección General de Epidemiología.

Secretaría de Salud (2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2009). Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México, Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación 21 de agosto de 2009.

Secretaría de Salud (2008). Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud. México, Distrito Federal: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Secretaría de Salud (2007). Programas de acción específica 2007-2012. Prevención y Tratamiento de las adicciones. México, Distrito Federal: Salud/Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Secretaría de Salud (2006). Modelo Integrador de Atención a la Salud, MIDAS. México, Distrito Federal: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2006a). Sistema Nacional de Administración de la Capacitación en Salud. Marco Conceptual: ¿Por qué capacitar? México, Distrito Federal: Salud/Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Secretaría de Salud (2003). Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud Red de servicios de Atención a la Salud. México, Distrito Federal: Salud/Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, DGPLADES.

Secretaría de Salud (1995). Modelo de Atención para Población Abierta. México, Distrito Federal: Salud/Subsecretaría de Servicios de Salud.

Senge, P. (2006). La Quinta disciplina. Primera edición, segunda reimpresión. Buenos Aires: Granica. ISBN 978-950-6414-21-4

Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (2015). Programa de Interculturalidad de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. Programa Operativo Estatal 2015. México, Distrito Federal: Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF).

Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1993). Problem drinkers: Guided self-change treatment. New York: Guilford Press.

Tanda, G., Pontieri, F.E. & Di Chiara, G. (1997). Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common 1-opioid receptor mechanism. *Science*, 276:2048. 2050.

Temes, J. M. (2001). Gestión clínica. Ventajas e inconvenientes. *Arbor* CLXX, 670 (10- 2001), 363-370 pp.

Universidad Pontificia Bolivariana UPBBGA (2011). Departamento de Psicología. Enfoque cognitivo conductual. Apuntes de psicología. Bogotá: UPBBGA.

UNODC (2016). Informe Mundial sobre las Drogas 2016 de la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC): Informe Ejecutivo. Recuperado el 19 de enero de 2017, de Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC): [https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)

Vahondo, D. (2003). Gestión del conocimiento: del mito a la realidad. Madrid: Ediciones Santos. ISBN 847978542X, 9788479785420.

Vargas, F., Casanova, F. y Montanaro, L. (2001). El enfoque de competencia laboral: manual de formación. Montevideo, Uruguay: Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (OIT/Cinterfor).

Villatoro, J. y Medina-Mora, M.E. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Ciudad de México., México: INPRFM.

Villatoro, J., Oliva, N., Mujica, R., Fregoso, D., Bustos, M., y Medina-Mora, M.E. (2015). Panorama Actual del Consumo de Sustancias en Estudiantes de la Ciudad de México. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Administrador Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones.

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Téllez, M., Mendoza, L.R., Romero, M., Gutiérrez, JP., Castro, M., Hernández, M., Tena, C., Alvear, C. y Guisa, V. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. México, D.F., México: INPRFM.

Wagner, E., Brown, S., Monti, P., Myers, M., & Waldron, H. (1999). Innovations in adolescents in adolescent substance abuse intervention. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 23, 236-249.

Weir, E. (2001). Inhalant use and addiction in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 164:397.

World Health Organization ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*, 97:1183-1194.

World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000 . Health Systems: Improving Performance+Geneva: World Health Organization WHO.*

World Health Organization (1996). Brief Interventions Study Group. A cross national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health* 86. 948-955.

Winters, K., Leitten, W., Wagner, E.F., & O'Leary, T. (2007). Use of brief interventions for drugs abusing teenagers within a middle and high school setting. *The Journal of School Health*. 17, 196-206.

Winters, K. (2001). Assessing Adolescent Substance use problems and others areas of functioning: State of the art. En P.M. Monti., S.M. Colby & T.A. O'Leary (Eds.). *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching teens through brief interventions* (pp. 80-108). New York: Guilford Press.

Yanome, M. (2006). *El Concepto de Servicio Público y su régimen jurídico en México*. México, Distrito Federal: UNAM/Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Yavich, L. & Zvartau, E. (1994). A comparison of the effects of individual organic solvents and their mixture on brain stimulation reward. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 48:661. 664.

Yavich, L., Patkina, N. & Zvartau, E. (1994). Experimental estimation of addictive potential of a mixture of organic solvents. *European Neuropsychopharmacology*, 4:111. 118.

**A N E X O 3**  
**P O S I T**



## Cuestionario POSIT

### Instrucciones

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la mejor forma en la cual podemos ayudarte.

Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza.

Esto no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado.

Todas las respuestas son confidenciales.

Contesta todas las preguntas. Si alguna de ella no aplica exactamente para ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad.

Es posible que encuentres la misma pregunta o preguntas semejantes más de una vez. Constéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario.

Por favor, contesta llenando completamente el espacio correspondiente de la hoja de respuesta anexa a tu cuestionario.

No.	Ítem	No.	Ítem
1	¿Eres arrogante?	12	¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?
2	¿Has tenido di, cultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	13	¿Son tus amigos del agrado de tus padres o tutores?
3	¿Se aburren tus amigos en las , estas donde no sirven bebidas alcohólicas?	14	¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo?
4	¿Discuten demasiado tus padres o tutores?	15	¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?
5	¿Te cansas con frecuencia?	16	¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?
6	¿Te asustas con facilidad?	17	¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?
7	¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener?	18	¿Tienes buena ortografía?
8	¿Te sientes frustrado(a) con facilidad?	19	¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?
9	¿Amenazas a otros con hacerles daño?	20	La mayoría de las veces ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo?
10	¿Te sientes solo(a) la mayor parte del tiempo?	21	¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?
11	¿Dices groserías o vulgaridades?	22	¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores?

No.	Ítem	No.	Ítem
23	¿Te sientes nervioso(a) la mayor parte del tiempo?	43	¿Tienes di, cultades para concentrarte?
24	¿Has robado alguna vez?	44	¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?
25	¿Has sentido que eres adicto(a) al alcohol o las drogas?	45	¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando?
26	¿Sabes leer bien?	46	¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?
27	¿Has estado ausente o llegado tarde a tu escuela/trabajo con frecuencia?	47	¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?
28	¿Sientes que la gente está en contra tuya?	48	El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?
29	¿Llevan tus amigos drogas a las , estas?	49	¿Levantas la voz más que los demás muchachos de tu edad?
30	¿Peleas a menudo o muchas veces?	50	¿Has ocasionado daños a la propiedad ajena intencionalmente?
31	¿Tienes mal genio?	51	¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?
32	¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas?	52	¿A tus padres o tutores les gusta hablar y estar contigo?
33	¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	53	¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran dónde estabas?
34	¿Te dice la gente que eres descuidado (a)?	54	¿El uso de alcohol o drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?
35	¿Eres testarudo (a)?	55	¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?
36	¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	56	¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?
37	¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?	57	¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?
38	¿Te vas a veces de las , estas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	58	¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?
39	¿Sabes realmente tus padres o tutores cómo piensas o te sientes?	59	¿Molestas mucho a tus amigos?
40	¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	60	¿Tienes di, cultades para dormir?
41	¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	61	¿Tienes di, cultades para hacer trabajos escritos?
42	¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	62	¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?

No.	Item	No.	Item
63	¿Sientes que a veces pierdes el control de ti mismo(a) y terminas peleando?	73	¿Faltan tus amigos a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?
64	¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	74	¿Te hace la escuela sentirte estúpido(a) a veces?
65	¿Tienes di, cultades en tus relaciones con alguno de tus amigos?	75	¿Sientes deseos de llorar frecuentemente?
66	¿Tienes di, cultades en seguir instrucciones?	76	¿Te da miedo estar con la gente?
67	¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón?	77	¿Tienes amigos que han robado?
68	¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de tomar bebidas alcohólicas o drogas?	78	¿Ha reprobado algún año en la escuela?
69	¿Tienes buena memoria?	79	¿Es difícil la escuela para ti?
70	¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	80	¿Eres una persona nerviosa, de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?
71	¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cuanto a la forma en que te deben manejar?	81	¿Gritas mucho?
72	¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?		

### Hoja de respuestas

No.				No.				No.				No.			
1	Si		No	22	Si		No	43	Si		No	64	Si		No
2	Si		No	23	Si		No	44	Si		No	65	Si		No
3	Si		No	24	Si		No	45	Si		No	66	Si		No
4	Si		No	25	Si		No	46	Si		No	67	Si		No
5	Si		No	26	Si		No	47	Si		No	68	Si		No
6	Si		No	27	Si		No	48	Si		No	69	Si		No
7	Si		No	28	Si		No	49	Si		No	70	Si		No
8	Si		No	29	Si		No	50	Si		No	71	Si		No
9	Si		No	30	Si		No	51	Si		No	72	Si		No
10	Si		No	31	Si		No	52	Si		No	73	Si		No
11	Si		No	32	Si		No	53	Si		No	74	Si		No
12	Si		No	33	Si		No	54	Si		No	75	Si		No
13	Si		No	34	Si		No	55	Si		No	76	Si		No
14	Si		No	35	Si		No	56	Si		No	77	Si		No
15	Si		No	36	Si		No	57	Si		No	78	Si		No
16	Si		No	37	Si		No	58	Si		No	79	Si		No
17	Si		No	38	Si		No	59	Si		No	80	Si		No
18	Si		No	39	Si		No	60	Si		No	81	Si		No
19	Si		No	40	Si		No	61	Si		No				
20	Si		No	41	Si		No	62	Si		No				
21	Si		No	42	Si		No	63	Si		No				

## **A N E X O 4**

**Directorio de las UNEME CAPA en la CDMX**

**DIRECTORIO DE LAS 32 UNIDADES DE ESPECIALIDAD MÉDICA È CENTROS DE ATENCIÓN  
PRIMARIA EN ADICCIONES (UNEME È CAPA) DE LA CIUDAD DE MÉXICO**  
Horario de servicio: lunes a viernes de 08:00 a 16:00 hrs.

<b>Alvaro Obregón 1 - C.S. T-III LOMAS LA ERA</b> Dirección: Trébol y Nogal s/n, col. Lomas de la Era, C.P. 01860. Teléfono: 5810-9460	<b>Gustavo A. Madero 3. - C.S. T-I FELIPE BERRIOZÁBAL</b> Dirección: 4a cerrada de Apango s/n y Felipe Ángeles, col. Felipe Berriozábal, C.P. 07180. Teléfono: 5323 . 39 36
<b>Alvaro Obregón 2 - C.S. T-III AMPLIACIÓN PRESIDENTES</b> Dirección: J. F. Kennedy s/n esquina Thomas Jefferson, col. Ampliación Presidentes, C.P. 01290. Teléfono: 5643 . 8483 Psic.	<b>Gustavo A. Madero 4 - C.S. T-I TLALPEXCO</b> Dirección: Sauces s/n, col. Tlalpexco, C.P. 07188. Teléfono: 5323 - 3968
<b>Azcapotzalco 1 - C.S. T-II TEZOZÓMOC</b> Dirección: Rafael Buelna s/n esq. Amuzgos, col. Tezozómoc, C.P. 02450. Teléfono: 5319-2465	<b>Iztacalco 1 - PREDIO LA FORTALEZA</b> Dirección: Calle Oriente 116 esq. Con Puente Juan Carbonero, col. Cuchilla Ramos Millán, C.P. 08030. Teléfono: 5803 - 8317
<b>Azcapotzalco 2 - C.S. T-II SANTIAGO AHUIZOTLA</b> Dirección: Camino a Nextengo s/n esq. Rosas Moreno, col. Santiago Ahuizotla, C.P. 02750. Teléfono: 2009-1530	<b>Iztapalapa 1 - C.S. T-II EJIDO LOS REYES</b> Dirección: Tetlepalquetzaltzin s/n, Lote 5, Manzana 727 . A, Col. Ex Ejido de los Reyes Culhuacán, C.P.09849. Teléfono: 56 70 28 50
<b>Benito Juárez 1 - C.S. T-III PORTALES</b> Dirección: Av. San Simón no. 94, col. San Simón Ticumac, C.P. 03660. Teléfono: 5672 - 7567	<b>Iztapalapa 2 - C.S. T-III CHINAMPAC DE JUÁREZ</b> Dirección: Av. Telecomunicaciones s/n entre casas Geo y Eje 5 col. Chinampac de Juárez, C.P. 09225. Teléfono: 2633-7887
<b>Coyoacán 1 - C.S. T-III CARMEN SERDÁN</b> Dirección: Soledad Solórzano entre María Pistolas y Gertrudis Bocanegra, col. Carmen Serdán, C.P. 04910. Teléfono: 56 08 92 71	<b>Iztapalapa 3 - C.S. T-II SANTIAGO ACAHUALTEPEC</b> Dirección: Retama s/n esq. 5 de Febrero, 2ª. Ampliación Santiago Acahualtepec, C.P. 09609. Teléfono: 5832-3323
<b>Coyoacán 2 - C.S. T-III DR.GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ</b> Dirección: San Gabriel no. 517 esq. San Alberto, col. Sta. Úrsula Coapa, C.P. 04650. Teléfono: 1517 - 5182	<b>Iztapalapa 4 - C.S. T-III DR. FRANCISCO J. BALMIS</b> Dirección: Independencia no. 20 col. Zacahuizco, C.P. 09440. Teléfono: 56741517
<b>Cuajimalpa 1 - C.S. T-I SAN MATEO</b> Dirección: la Zanja s/n esq. San Fernando, col. San Mateo Tlaltenango, C.P. 05600. Teléfono: 8164 . 5132	<b>Iztapalapa 5 - C.S. T-III DR. GUILLERMO ROMAN Y CARRILLO</b> Dirección: Avenida Zacatlán no. 146, Lomas de San Lorenzo, C.P. 09780. Teléfono: 58 45 85 81
<b>Cauhtémoc 1 - C.S. T-III DR. JOSÉ MARÍA RODRIGUEZ</b> Dirección: Calzada San Antonio Abad no. 350, col. Asturias, C.P. 06850. Teléfono: 5741-3569	<b>Magdalena Contreras 1 - C.S. T-III OASIS (SAN BERNABÉ)</b> Dirección: Av. San Jerónimo no. 2625, Col. San Bernabé Ocotepc, C.P. 10300. Teléfono: 5667 3005
<b>Cauhtémoc 2- CLÍNICA DE ESPECIALIDADES NO. 5</b> Dirección: Arcos de Belén no. 17, col. Centro, C.P. 06070. Teléfono: 5518 - 1145	<b>Magdalena Contreras 2 - C.S. AMPLIACIÓN LOMAS DE SAN BERNABÉ</b> Dirección: Emiliano Zapata s/n, col. San Bernabé Ocotepc, C.P. 10300. Teléfono: 1718 5712
<b>Gustavo A. Madero 1 - C.S. T-II VALLE DE MADERO</b> Dirección: Av. Tecnológico s/n esq. Estado de México, col. Loma la Palma, C.P. 07190. Teléfono: 5323 . 3657	<b>Miguel Hidalgo 1 - C.S. T-III MÉXICO ESPAÑA</b> Dirección: Av. Mariano Escobedo no. 148 col. Anáhuac (entrada por lago Iseo) C.P. 11320. Teléfono: 52 03- 6483
<b>Gustavo A. Madero 2 - C.S. T-II LA MALINCHE</b> Dirección: Norte 94 s/n entre Oriente 82 y Oriente 85, col. Malinche, C.P. 07880. Teléfono: 2603-3493	<b>Milpa Alta 1 - C.S. T. III DR. GASTON MELO</b> Dirección: Aldama esq. Francisco del Olmo, pueblo de San Antonio Tecomitl, C.P. 12100. Teléfono: 5847 - 6567
<b>Tláhuac 1 - C.S. T-III MIGUEL HIDALGO</b> Dirección: Fidelio Espinoza s/n esq. Deodato col. Miguel Hidalgo C.P. 13200. Teléfono: 21 60 77 18	<b>Venustiano Carranza 1 - C.S. T-II EL ARENAL 4TA. SECCIÓN</b> Dirección: Av. Xocoyote s/n esq. Xaltocan col. El Arenal 4a. Sección, C.P. 15540. Teléfono: 1545 - 0776
<b>Tláhuac 2 - C.S. T-II 13 DE SEPTIEMBRE</b> Dirección: calle Cisne s/n, col. Olivos, C.P. 13210. Teléfono: 5840-9240	<b>Venustiano Carranza 2 - C.S. T-III ROMERO RUBIO</b> Dirección: Manchuria no. 8 y Transvaal, col. Romero Rubio, C.P. 15430. Teléfono: 11145172
<b>Tlalpan 1 - C.S. T-II SAN ANDRÉS TOTOLTEPEC</b> Dirección: Camino Real al Ajusco s/n, col. San Andrés Totoltepec, C.P. 14400. Teléfono: 1539 - 1402	<b>Xochimilco 1 - C.S. T-III TULYEHUALCO</b> Dirección: Av. Tláhuac s/n y Río Ameca col. San Sebastián Tulyehualco, C.P. 16730. Teléfono: 2594 - 1481
<b>Tlalpan 2 - C.S. T-III DR. GERARDO VARELA MARISCAL</b> Dirección: Allende y Matamoros s/n col. Sto. Tomas Ajusco, C.P. 14710. Teléfono: 58462414	<b>Xochimilco 2 - C.S. T-II SANTA MARÍA NATIVITAS</b> Dirección: Carretera vieja Xochimilco Tulyehualco s/n pueblo Santa María Nativitas, C.P. 16700. Teléfono: 2157 . 4733