



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Licenciatura En Psicología

**Programa de Profundización en Procesos en Psicología de la
Salud**

**Revisión de programas de intervención preventivos para el
consumo de alcohol en adolescentes**

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Mariana Garcia Ortiz

DIRECTOR: Lic. Liliana Moreyra Jiménez

Dictaminadores : Lic. Alicia Ivet Flores Elvira

Dra. Lorena Alejandra Flores Plata



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Mayo de
2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Introducción	5
Capítulo I. Adolescencia	8
1.1 Definición y Características de la adolescencia	8
1.2 Factores protectores en la adolescencia	9
1.3 Factores de riesgo	10
Capítulo II. La psicología de la salud y niveles de atención	14
2.1 Concepto de Salud.....	14
2.2 Psicología de la salud	14
Capítulo III Adicciones.....	23
3.1 Definición de adicción y consumo de sustancias	23
3.2 Drogas ilegales	24
3.3 Drogas legales.....	24
3.3.1 Alcohol	25
3.3.1.1 Estadísticas	26
Capítulo IV. Prevención de Adicciones en México	30
4.1 Historia de la prevención de adicciones en México.....	30
4.2 Legislaciones.....	32
Capítulo V. Programas vigentes sobre prevención de Adicciones.	36
5.1 Programas Preventivos en México en 2015	36
Modelo para vivir sin adicciones.....	36
De riesgos psicosociales CHIMALLI, Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos AC INEPAR desde 1989.....	37
Meta-modelo ECO ² (Epistemología de la complejidad, Ética y Comunitaria).....	37
Yo quiero, yo puedo,	37
Programa de Intervención Comunitaria para desalentar riesgos sociales asociados al uso de drogas.	38
Programa modelo de prevención del uso alcohol, tabaco y drogas en trabajadores y sus familias.....	38
Talleres Interactivos Para la Promoción de la Salud	38
Prevención de las conductas adictivas a través de la crianza positiva para reducir comportamiento antisocial.	39

Construye-T programa de apoyo a las y los jóvenes de educación media superior para el desarrollo de su proyecto de vida y la prevención en situaciones de riesgo	39
“Dejando Huellitas en tu Vida” intervención para la prevención en consumo de drogas y problemas de salud mental con niños.	39
Criando con Amor Promoviendo la Armonía y SupCAPAS-Mx (Criando con Amor Promoviendo Armonía y Superación en México)	40
Sistema de prevención selectiva comunitaria “Alas”	41
5.2 Programa Nacional de Prevención del Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Participación Ciudadana. CONADIC (2019)	41
5.3 Programas que operan con recursos fiscales y sistemas de información.....	42
Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA)	42
Centros de Integración Juvenil, A. C. (CIJ)	43
Campañas en Medios de Comunicación	43
Conclusiones	46
Referencia	49

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por esta oportunidad, que me permitió desarrollarme en mi preparación profesional. A mis profesores por compartir sus conocimientos.

A mi directora de manuscrito Lic. Liliana Moreyra Jiménez, por orientarme en este proceso, por su colaboración y aceptar ser parte de este trabajo.

A mis sinodales Lic. Alicia Ivet Flores Elvira y Dra. Lorena Alejandra Flores Plata por su colaboración y formar parte de este proceso.

Agradezco a mis padres su amor, apoyo, esfuerzo, guía y confianza y a mi hermana por estar siempre e impulsarme a mejorar.

A Osvaldo por tu amor, paciencia, y complicidad en esta aventura.

A mi familia y amigos, por sus consejos, respaldo y cariño en este proceso.

Y finalmente dedico este trabajo, por ser el motivo más grande Samantha, gracias por toda tu paciencia y amor.

Introducción

La Psicología de la Salud, nos da las herramientas para indagar y analizar los procesos que influyen en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, así como de los factores de riesgo, como es el caso de las adicciones, específicamente en el consumo de alcohol.

La psicología de la salud es una rama o especialidad de la psicología que se centra en los problemas de salud-enfermedad. Las áreas de aplicación donde se pueden implementar sus técnicas y teorías son en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad así como en la mejora del sistema sanitario. En esta última, se pueden realizar propuestas dirigidas a la atención sanitaria, principalmente a la práctica profesional, a la educación sanitaria de los usuarios, y además a la formulación de una política de salud (Oblitas, 2008, p.223).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2019) a nivel mundial el 26.5% de los jóvenes de 15 a 19 años son bebedores, además en la Región de las Américas es mayor que la media mundial pues es de 38.2 %, conjuntamente se indica en las encuestas nacionales en países de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental con una prevalencia entre 50 y 70% se inician en el consumo antes de los 15 años.

“En 11 países del continente Americano, entre ellos México el consumo de alcohol en el último mes presenta registros entre el 30% y el 40% entre los estudiantes de enseñanza secundaria” (Comisión Interamericana para el Control del abuso de Drogas [CICAD], 2019, p. 19).

El reporte de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] (2016-2017) señala que 53.1% de la población inicio el consumo de alcohol antes de los 17 años o menos.

Debido a estos datos en las estadísticas sobre el consumo de alcohol, se tuvo como propósito resolver la pregunta ¿Cuáles han sido los programas de prevención con mayor eficacia para el consumo de alcohol? y como objetivo revisar a través de una investigación documental los programas vigentes para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes en México y conocer la eficacia de los programas de prevención para el consumo de alcohol

Para lograrlo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en donde se encontraron algunos programas que operan bajo organizaciones gubernamentales y otros que lo hacen por medio de asociaciones civiles y/o no gubernamentales.

Se hace una revisión de los conceptos que nos ocupan, como es la adolescencia, entendida como el periodo de transición entre la infancia y la etapa adulta del ser humano, es una etapa compleja por los diversos cambios que ocurren en lo físico, psicológico y social, y que serán factores que influyen más adelante en el desarrollo de la persona, en esta etapa y anteriores del desarrollo de la persona son necesarios patrones de crianza que propicien el desarrollo de habilidades para el afrontamiento de dificultades “Las cálidas relaciones interpersonales tienen un impacto significativo en la salud” (Oblitas,2008,p-251).

Así mismo, se realizó una búsqueda de los conceptos que concierne a la salud, destacando que la salud es multifactorial, que los aspectos físicos, psicológicos y sociales son los aspectos por considerarse cuando se habla de esta. Conjuntamente, se analizaron dos clasificaciones de tipos de prevención, puesto que en la prevención de adicciones se labora desde ambas perspectivas, se consideró prudente incluir ambas.

Esta investigación se centró en el alcohol, desde la definición de las adicciones y la clasificación jurídica de las drogas distinguiendo entre legales e ilegales “Las sustancias legales son aquellas cuya venta y consumo está permitido por la ley. El tabaco y el alcohol son el ejemplo por excelencia de esta categoría de drogas institucionalizadas, además de ser las más consumidas por la población y las que generan más problemas sociosanitarios” (Oblitas, 2008,p. 236), haciendo énfasis en las estadísticas del consumo de esta sustancia a nivel nacional, e incluso con referencia al marco mundial, además de demostrar que “Tantos las drogas legales como las ilegales representan un peligro potencial para la salud” (Oblitas, 2008, p. 237).

Se indagaron los antecedentes de la prevención de adicciones en México, que han dado como resultado instituciones y programas que llevan trabajando por más de 50 años, que muestran cuál ha sido el camino que se ha seguido y que funciona como un acercamiento al proceso de desarrollo de programas y políticas públicas, así como el marco normativo y legal con el que se cuenta en el país para el desaliento de la ingesta del alcohol, el control de su venta y la publicidad de esta sustancia.

La investigación que se presenta se basó en bibliografía en su mayoría enfocada al problema de adicciones en México y a los programas preventivos dirigidos a adolescentes que cuentan con una metodología elaborada (Castro, Llanes, Amador, Villatoro y Medina-Mora, 2015). También se incluyeron planes nacionales sobre la prevención de las adicciones e instituciones que trabajan sobre la temática.

Por último, se encontraron programas que cumplen con metodologías que permiten evaluar su eficacia, sin embargo, no todos los programas que se incluyen en el presente trabajo cumplen este criterio. “Es necesario poner más énfasis en que todos los programas, independientemente de sus componentes y marcos conceptuales, evalúen el efecto de las intervenciones en los comportamientos de consumo de sustancias tóxicas”(Castro et al, 2015, p. 33”)

Capítulo I. Adolescencia

1.1 Definición y Características de la adolescencia

“Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración (Güémez-Hidalgo, González-Fiero & Hidalgo, 2017, p. 8)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, n.d.)

La adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios [...]Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (parr. 1)

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones por sus siglas NOM-028-SSA2-2009 define al adolescente como “las persona que tiene entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos. (sic.)” Por otro lado, el censo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) arrojó que la población adolescente (entre 10 y 19 años) era de 21, 966, 049 personas a nivel nacional representando el 19.55% de la población total nacional que era de 112, 336, 538 personas en ese año.

Para Pineda y Aliño (1999), la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por grandes cambios de naturaleza biológica, psicológica y social, que originan crisis, conflictos y contradicciones, pero que tienen un impacto positivo. Además de los cambios corporales se inicia una independencia social.

“En esta etapa del desarrollo, la persona tendrá como una de las principales tareas la elaboración del concepto de “sí misma”, de su identidad, frente a la confusión reinante en su vida en ese momento” (Erikson, 1977 como se citó en Becoña & Cortés, 2010 p. 47)

La OMS (n.d.) señala que:

Un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud” (parr. 6),

Esto porque aún está en un proceso de maduración y que de acuerdo con las etapas del desarrollo de Piaget los ubicamos entre la 5° y 6° etapa en las que se menciona el desarrollo de las operaciones intelectuales abstractas y el desarrollo de capacidades para integrarse en la sociedad.

Los adolescentes comprendidos como la población entre 10 y 19 años representan menos de un cuarto de la población nacional, pero son un grupo de interés como se ha señalado anteriormente, son individuos en desarrollo y que en este momento desarrollan habilidades y actitudes que definirán su comportamiento futuro dentro de la sociedad, y que impacta e impactará en su vida y el estatus de salud del país.

La etapa de la adolescencia ha sido definida desde diferentes perspectivas y naturalezas, y aún sigue siendo una etapa no definida estrictamente, es decir no hay un rango fijo de edad ni una coincidencia consensuada de los criterios que definen a la perfección a un adolescente. Pero dentro de las coincidencias que se encuentran entre los diversos autores, identificamos que es entendida como el periodo de vida entre la infancia y el inicio de la vida adulta, conocida por los cambios biológicos manifestados de manera física resultado de la pubertad, en que las personas buscan y/o crean una identidad con la cual se presenten dentro de los círculos sociales donde se desenvuelven, que a su vez es resultado de sus interacciones con el contexto social, que juega una gran influencia en este proceso de desarrollo del individuo.

1.2 Factores protectores en la adolescencia

Distintos autores como Souza (2007) Becoña y Cortés (2010), Tapia, Villalobos, Valera, Cadena, Ramírez, Guzmán, Maldonado, Ortiz, (2016), Pineda y Aliño (1999) coinciden en que los factores protectores son el cúmulo de atributos que posee un individuo, resultado de variantes personales, ambientales y sociales que eliminan, disminuyen o neutralizan la

posibilidad del consumo de sustancias. Entre los factores protectores que mencionan los distintos autores antes mencionados, encontramos:

- Estabilidad del entorno familiar que satisface las necesidades del individuo.
- Nexos familiares fuertes y confiables.
- Apego familiar y patrones de crianza que lo permiten.
- Dinámica familiar positiva.
- Políticas y normas sociales que proporcionan protección.
- Ambiente social seguro.
- Poca o nula accesibilidad a la sustancia.
- Promoción del autocuidado y de la salud.
- Oportunidades de desarrollo para el futuro.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Apego y rendimiento escolar.
- Desarrollo de habilidades sociales, autoestima, resiliencia y manejo del estrés.
- Apego a iguales no consumidores.
- Asociación con iguales miembros de organizaciones prosociales.

Para Alonso, Guzmán, Armendáriz, Alonso y Alarcón (2017) y Villegas, Alonso, Alonso y Martínez (2014) la crianza parental, y las habilidades que son transmitidas como el rechazo a las presiones sociales para el consumo de alcohol, o la comunicación y confianza con los padres que faciliten la auto confianza de los adolescentes, hace que tengan patrones de comportamiento más saludables o protectores o bien de ser lo contrario nos señala que:

“una crianza parental débil en la adolescencia temprana se asocia con los sucesos de vida estresantes en la adolescencia, lo que a su vez se relaciona con el consumo de drogas, mediado tal vez por el déficit de habilidades de asertividad en los adolescentes que consumen drogas en esta etapa” (Alonso, et al. 2017, p. 7)

1.3 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son entendidos como aquellos elementos que facilitan la exposición a un riesgo, en este caso, predisponen a los adolescentes para el consumo de drogas entre ellas el alcohol y lo plantan en situaciones más vulnerables.

Para Pineda y Aliño (1999) los factores de riesgo en donde es fundamental que se actúe en adolescentes son:

- Conductas de riesgo como: trastornos de alimentación, relaciones sexuales sin protección, sedentarismo, conducta antisocial, intento de suicidio, etc.
- Familias disfuncionales
- Deserción escolar.
- Accidentes
- Consumo de alcohol y drogas.
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas.
- Embarazo.
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social.
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.

Los factores de riesgo que contribuyen al consumo de alcohol en población infantojuvenil de acuerdo con Adger (1991 como se citó en Souza, 2007) se relacionan con distintas causas de ocurrencia simultánea, entre las que destacan:

- a. Las genéticas familiares.
- b. El grupo de pares.
- c. La participación de los medios de comunicación masiva.
- d. Las actitudes sociales observables en la comunidad.

Gutiérrez, Múnera y Sepúlveda (2016) clasifican los factores de riesgo en: *macrosociales*, *microsociales* y *personales*; mientras que Valadez, Oropeza, Salazar y Martínez (2018) hacen una clasificación más general distinguiendo entre factores de riesgo sociales y factores de riesgo individuales.

Para el fin de este escrito preferimos la clasificación de Gutiérrez, Múnera y Sepúlveda (2016), quienes identifican factores de riesgo *macrosociales* como aquellos de fácil acceso a las drogas que son legales como el alcohol, la aceptación social a la misma y el uso de medios publicitarios para la difusión de su consumo.

La publicidad que se ha hecho sobre el alcohol y la imagen que venden impacta en la percepción que se tiene de esta droga. Souza (2007) hace referencia a la publicidad en medios masivos, la cual se lleva a cabo de manera insistente, donde se le da un valor social a la exitosa situación donde se presenta su consumo y, que crea un imaginario social que influye en el desarrollo de conductas predisponentes a la ingesta de alcohol.

Entre los factores *microsociales* se encuentran los estilos de vida de la familia, desde los estilos de crianza y apego hasta el consumo familiar de cualquier droga. Para Souza (2007) la actitud de una familia hacia la ingesta de bebidas alcohólicas es de suma importancia para la formación de criterio respecto a las bebidas y su consumo.

“La baja percepción del riesgo de consumir drogas es mayor cuando también es secundada por el contexto familiar y además es reforzada socialmente por los amigos consumidores.” (Díaz & García-Aurrecochea, 2008 como se citó en Valadez et al., 2018 p. 809)

Por otro lado, el apego también tiene influencia en el comportamiento de los adolescentes, Becoña y Cortés (2010) mencionan que el tipo de apego de los adolescentes con sus padres influye en el desarrollo de habilidades para enfrentar los retos y dificultades de la vida, se esperaba que este fuera un factor protector, sin embargo, dependiendo del estilo de crianza y/o el tipo de apego se vuelve un factor protector o de riesgo.

Y finalmente, los *factores personales y/o individuales*, son aquellos resultados de la desinformación y las actitudes que favorecen el consumo de sustancias, que se manifiestan en conductas agresivas, impulsivas o contrarias a las normas sociales. Dentro de estos factores también deben considerarse las condiciones neurológicas de los sujetos.

Becoña y Cortés (2010) señalan los siguientes supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas:

- 1) Un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados.
- 2) Varios factores de riesgo o protección pueden tener un impacto en un simple resultado.
- 3) El abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y protección.

- 4) La relación entre los factores de riesgo y protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

Además, Clayton (1992 como se citó en Becoña y Cortés, 2010) afirma que debemos tener presente al referirse a los factores de riesgo que:

- 1) Los factores de riesgo pueden o no estar presentes en un caso concreto.
- 2) La presencia de un solo factor de riesgo no determina que se vaya a producir abuso de sustancias, ni su ausencia implica que no se dé.
- 3) El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto, aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.
- 4) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
- 5) Las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de estos.

Para Martínez-González, Trujillo y Robles (2006 como se citó en Becoña y Cortés, 2010) “las creencias que la propia sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas también es un factor importante en el riesgo asociado al uso, abuso y dependencia” (p. 53)

Becoña y Cortés (2010) describen que la percepción que se tenga de una sustancia y los riesgos que se le adjudiquen tendrán su impacto en las legislaciones que se realicen en torno a la misma, que contribuyan a modificar o reforzar la percepción social sobre la sustancia.

Capítulo II. La psicología de la salud y niveles de atención

2.1 Concepto de Salud

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948 p. 1)

Tanto para Oblitas y Becoña (2001, como se citó en Oblitas, 2007) como para Pineda y Aliño (1999) la salud se refiere al bienestar en distintas áreas de la vida desde lo meramente biológico, pasando por lo psicológico e incluso los aspectos sociales de su comunidad, dónde se incluye al sistema sanitario.

Se conceptualiza la salud como un cúmulo de factores que no indican solo el estado físico si no, se hace referencia al estado mental y al contexto social del individuo, es decir que la salud ya no se define únicamente por el bienestar físico, si no que ahora el concepto se vuelve multifactorial desde las partes más internas del sujeto como las cogniciones y el comportamiento hasta la relación recíproca individuo-sociedad.

La salud del adolescente es definida por los factores que influyen en ella y que involucran desde los cambios físicos y cognitivos propios de la edad, hasta el cómo se relacionan estos factores con el ambiente donde se desarrolla el individuo y que en conjunto podrán ser factores tanto protectores como de riesgo para el desarrollo de comportamientos de riesgo.

2.2 Psicología de la salud

Matarazzo (1980 como se citó en Oblitas, 2007) definió la psicología de la salud como:

“ El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas” (p. 28)

Las prevalencias del tipo de enfermedad en el siglo XX fueron uno de los motivos del surgimiento de esta área de la psicología, Ogden (2004) hace referencia a como en los países más desarrollados y con enfermedades infecciosas bajo control ahora se presentan como principales causas de muerte enfermedades con origen en los estilos de vida.

La psicología de la salud tiene como objetivos de acuerdo con Ogden (2004)

- Evaluar el impacto del comportamiento en la etiología de las enfermedades.
- Prevenir comportamientos no saludables.
- Evaluar la interacción entre la psicología y la fisiología.
- Promover comportamientos saludables.
- Prevenir la enfermedad

Los tipos de intervención de la psicología de la salud, según Labiano (2004) son:

- Modificar actitudes promoviendo y mejorando la salud.
- Tratamiento y prevención de la enfermedad, modificando procesos fisiológicos.
- Realización de campañas de educación para la salud.
- Mejora del sistema sanitario a través de políticas públicas sanitarias adecuadas.

2. 2.1 Promoción de la Salud

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económica, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. (OMS 1998, p. 10)

En la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA2-2009) , se explica que son las acciones tendientes para desarrollar actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad.

Dentro de los objetivos sobre los que trabaja la psicología de la salud de acuerdo con Oblitas (2008) se encuentra la promoción de la salud, siendo acciones que fomenten en los individuos hábitos para una vida saludable.

Belloc y Breslow (1972 como se citó en Florentino, 2004) hacen un listado de comportamientos para una vida saludable:

- Dormir 7 u 8 horas diarias
- Desayunar diariamente
- Mantener el peso adecuado
- No fumar
- Tomar alcohol moderadamente
- Practicar una actividad física regular

Los objetivos de la promoción de la Salud de acuerdo con Turabian (1993 como se citó en Florentino, 2004) son:

- Cambiar conocimientos y creencias
- Modificar actitudes y valores
- Aumentar la capacidad para tomar decisiones
- Cambiar comportamientos
- Establecer ambientes sanos.
- Conseguir cambios sociales hacia la salud.
- Favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades.

2.2.2 Prevención de la enfermedad

De acuerdo con la OMS (1998) la prevención se refiere a las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y

a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. (Oblitas, 2004, 2006, 2007 como se citó en Oblitas 2008 p. 226)

Labiano (2004) menciona que algunas acciones de prevención serían a través de la modificación de hábitos como el consumo de tabaco y alcohol y el aprendizaje de nuevos estilos de vida para superar la enfermedad.

2.2.3 Niveles de Atención preventiva

La prevención de acuerdo con Oblitas (2006) sería una tarea que pasaría por la modificación de hábitos no saludables asociados a múltiples patologías, ya sea crónicas o agudas.

De acuerdo con Becoña y Cortés (2010) existen dos clasificaciones para la prevención: la clásica que sería la propuesta por Caplan en 1980 y que incluye la prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. Mientras que Gordon (1987 como se citó en Becoña & Cortés, 2010; Tapia et al., 2016) realizó una propuesta más actual para las drogodependencias y que se clasifica en Universal, Selectiva e Indicada. A continuación, se presenta en la tabla 1 la descripción de cada una de las clasificaciones, de acuerdo con las definiciones en (Becoña Cortés, 2010, Tapia, et al, 2016) y en la tabla 2 un análisis de las características de cada tipo de prevención.

Tabla 1

Clasificaciones Para la Prevención de Caplan (1980) y Gordon (1987 como se citó en Becoña & Cortés ; Tapia et al., 2016)	
Clasificación de Caplan 1980	Clasificación de Gordon 1987
<p style="text-align: center;">Prevención Primaria</p> <p>“Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de factores causales y los factores predisponentes o condicionantes “ (OMS, 1998; Colimón, 1978 como se citó en Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p. 12)</p> <p>Santacreu, Márquez y Rubio (1997) proponen que la prevención primaria debería ser cuando el tipo de intervención sea informar a la población de lo que indican los sistemas epidemiológicos de alarma o la investigación sobre salud, a los efectos de que los informados tomen sus propias decisiones y actúen en el sentido correcto.</p> <p>De acuerdo con Becoña y Cortés (2010) es cuando se interviene antes de que se presente el problema, y su objetivo es que no se genere el problema.</p>	<p style="text-align: center;">Prevención Universal</p> <p>De acuerdo con la NOM-028-SSA2-2009, “es la que está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención.”</p> <p>Para Becoña y Cortés (2010) es aquella que va dirigida a un grupo general sin distinción. Es una intervención que busca prevenir o posponer lo más posible el consumo de alcohol u otras drogas, se dirige a toda la población con mensajes que coadyuven a la percepción del riesgo y sensibilización en el tema. (Tapia et al., 2016)</p>

--	--

Prevención Secundaria	Prevención Selectiva
<p data-bbox="199 324 769 750">Para Santacreu et al. (1997) este tipo de intervención deberá ser una actuación compleja generalmente organizada como un programa con objetivos y métodos definidos, que va más allá de la mera información, en el que invierten considerables recursos y de los que se esperan unos resultados claros.</p> <p data-bbox="199 795 769 996">Becoña y Cortés (2010) señalan que este tipo de prevención tiene como objetivo localizar el problema lo antes posible y darle atención.</p>	<p data-bbox="802 324 1377 694">De acuerdo con la NOM-028-SSA2-2009, es la que se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc.</p> <p data-bbox="802 739 1377 1108">Estos grupos se asocian al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientes que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, coadyuva a la atención a grupo específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras.</p> <p data-bbox="802 1153 1377 1859">Es la que va dirigida a una parte específica del grupo de población, el cual presenta riesgo mayor de desarrollar el consumo de una sustancia que el resto del grupo. (Becoña & Cortés, 2010). Son programas preventivos selectivos aquellos que se centran en un grupo dentro de la comunidad que presente mayores factores de riesgo para el consumo de sustancias, y que por medio de la investigación y adaptación a esa parte de la población buscan aumentar la presencia de los factores protectores y disminuir los de riesgo (Tapia et al., 2016)</p>

Prevención Terciaria	Prevención Indicada
<p>En cuanto a este tipo de prevención, se enfoca en las recaídas Becoña y Cortés (2010) reconocen que es una intervención que se lleva a cabo cuando el problema ya se ha presentado y se busca evitar complicaciones.</p>	<p>De acuerdo con la NOM-028-SSA2-2009, es la intervención que se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y/o usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción.</p> <p>Es un tipo de prevención más selecta, pues se dirige a individuos que presentan alto riesgo de ser consumidores (Becoña y Cortés, 2010). Este tipo de prevención se dirige a individuos que ya han consumido de manera experimental sustancias y busca que no se repitan estos episodios. (Tapia, et al., 2016)</p>

La tabla 1 fue obtenida de Becoña & Cortés, 2010; Santacreu, Márquez & Rubio 1997; NOM-028-SSA2-2009; Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011.

Tabla 2

Características de los Tipos de Prevención

<u>Tipos de intervención</u>	<u>Objetivos y acciones</u>				<u>Momento</u>			<u>Población intervenida</u>			
	<u>Busca evitar la aparición del problema de salud</u>	<u>Brindar información y orientación</u>	<u>Pretende brindar atención y fortalecer</u>	<u>Evitar recaídas</u>	<u>Antes de que el problema aparezca</u>	<u>En sus inicios, lo antes posible, se ha presentado el problema de manera</u>	<u>Ya se ha presentar el problema de manera grave.</u>	<u>Grupos generales</u>	<u>Grupos que presentan conductas y factores de riesgo altos.</u>	<u>Individuos que ya han presentado el problema, de manera esporádica.</u>	<u>Individuos que ya han presentado el problema, de manera grave.</u>
Primaria	X	X			X			X			
Secundaria			X			X			X		
Terciaria				X			X				X
Universal	X	X			X			X			
Selectiva			X			X			X		
Indicada			X			X			X	X	

Nota: análisis de las características de cada tipo de prevención. Tabla de elaboración propia

Capítulo III Adicciones

3.1 Definición de adicción y consumo de sustancias

“La adicción se define por la necesidad imperiosa de realizar una determinada acción buscando placer, euforia o alivio de ciertas sensaciones displacenteras, aun sabiendo que a medio y largo plazo dicha conducta produce efectos negativos a diferentes niveles.” (Becoña y Cortés, 2010).

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM-028-SSA2-2009) define adicción o dependencia:

“es 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 (p. 26).”

De acuerdo con Gossop (1989 como se citó en Becoña y Cortés, 2010) se definen como los elementos característicos de una adicción:

- 1- Un fuerte deseo o sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular.
- 2- Capacidad deteriorada para controlar la conducta.
- 3- Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer.
- 4- Persistencia en la conducta a pesar de las consecuencias graves hacia el individuo.

Para desarrollar una adicción o dependencia no es un proceso que se lleve a cabo en un sólo paso de acuerdo con Becoña (2002) y Becoña y Cortés (2010) es un proceso que pasa por diversas etapas:

- 1- La fase previa o de predisposición, que es la serie de factores de riesgo y protectores que se clasifican en biológicos, psicológicos y socioculturales.
- 2- La fase de conocimiento, el conocimiento de sus efectos y su disponibilidad para el individuo.

3- Fase de experimentación e inicio de consumo, esta dependerá de los factores de riesgo y protectores que tenga el individuo.

4- Fase de consolidación, en esta fase se deja de solo consumir la sustancia para depender de ella, y puede empezar nuevos consumos de otras sustancias.

5- Abandono o mantenimiento, esto dependerá de la conciencia propia del individuo y su relación con la sustancia.

6- Posible recaída

El consumo de sustancias activa en el individuo y en su cerebro el circuito del placer o circuito de recompensa que como describen (Becoña y Cortés, 2010) es un circuito básico para la supervivencia del individuo, pues de este dependen actividades que generan placer. Cuando se activa este circuito el aprendizaje y mantenimiento de conductas es más fácil. El consumo de drogas aumenta la dopamina, en el individuo, lo que le genera euforia y placer y que va generando en el sujeto la necesidad de no dejar de consumir las sustancias que lo ponen en este estado.

3.2 Drogas ilegales

Son aquellas sustancias que pueden ser adictivas o no, que su consumo genera daños en el organismo, pero que como indica Souza (2007) y Tapia et al. (2016) las leyes del país no permiten su fabricación, compra, venta, o posesión con el objetivo de proteger a la población, las cuales también son conocidas como “psicotrópicos”.

Algunas de estas sustancias son derivados de la marihuana, heroína, cocaína, entre otras drogas de origen sintético.

3.3 Drogas legales

Son aquellas sustancias que han sido aprobadas y reguladas por el estado, pueden estar disponibles al público de manera controlada como el caso específico del alcohol que por indicación de la Ley General de Salud sólo se vende a mayores de 18 años, entre las drogas legales en México también se encuentra el tabaco y estimulantes menores y psicofármacos que se administran mediante prescripción médica.

Sobre estas drogas Becoña y Cortés (2010) señalan que son las más prevalentes y de mayor mortalidad; la OMS (2004) también indica que están disponibles en gran parte del mundo, y que son distribuidas por empresas multinacionales que a pesar de las legislaciones y reglamentos realizan su promoción hacia los jóvenes, empresas que producen tanto alcohol como tabaco principalmente.

3.3.1 Alcohol

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1994) la terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas.

El alcohol es un sedante/hipnótico con efectos parecidos a los de los barbitúricos. Además de los efectos sociales de su consumo, la intoxicación alcohólica puede causar envenenamiento o incluso la muerte; el consumo intenso y prolongado origina en ocasiones dependencia o un gran número de trastornos mentales, físicos y orgánicos. (OMS, 1994)

El consumo de esta sustancia o de cualquier otra adictiva se puede explicar desde los patrones de consumo, entendidos en la NOM-028-SSA2-2009 como “el conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados. (p. 21)”

Para Becoña y Cortés (2010) el *uso* de una droga es cuando se consume la sustancia, pero esta no produce consecuencias negativas en el individuo, este tipo de consumo es cuando se emplea la droga de manera esporádica. El abuso es cuando a pesar de las consecuencias negativas derivadas del consumo, existe una ingesta cotidiana.

La *dependencia* es cuando existe la presencia de consecuencias negativas a lo largo del tiempo, de manera significativa y que la persona continúa haciendo uso excesivo de la sustancia.

3.3.1.1 Estadísticas

La Organización Panamericana de la Salud (2019) señala que “el consumo total de alcohol por habitante en la población mundial de más de 15 años aumentó de 5,5 litros de alcohol puro en el 2005 a 6,4 litros en el 2010, y se mantuvo en el nivel de 6,4 litros en el 2016”(p. 4)

El consumo del alcohol antes de los 15 años es problemático a nivel global y no sólo en México como se reporta la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), pues a nivel mundial el 26.5% de la población entre 15 y 19 años son consumidores, además de que las tasas de prevalencia en la región de las américas son de 38,2% para esta población que es la segunda más alta a nivel mundial. Estos datos coinciden con los reportados por las encuestas escolares que complementan esta información señalando que el consumo inicia antes de los 15 años y la prevalencia se ha identificado entre el el 50 y 70%, estos datos corroboran que el problema que existe sobre el consumo de alcohol en menores de edad es un problema de dimensiones internacionales y que ha tenido un incremento importante.

El consumo problemático de alcohol en la población panamericana general que bebió alcohol en el último año oscila entre el 6.5% y el 28.6% de acuerdo con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, 2019).

Mientras que en México se ha incrementado como lo señala la misma Comisión pues entre los hombres se incrementó del 33.6% en 2002 a 48.1% en 2016, y en mujeres se reporta un incremento de mayor proporción pues paso del 7.4% a 24.4% en el mismo periodo. Además en la población de estudiantes de educación secundaria en el continente Americano entre el 30% y 40% consumieron alcohol en el último mes (CICAD, 2019).

Los patrones de consumo de alcohol sufrieron modificaciones respecto al 2011 como se puede observar en la figura 1, el consumo de alcohol excesivo en el último mes en adolescentes entre 12 y 17 años casi se duplicó de 4.3 a 8.3 en el 2016 en relación con los datos del 2011, además del patrón de consumo diario paso de 0.2% en 2011 a 2.6% en 2016, y los bebedores consuetudinarios se cuadruplicaron pasando del 1% en el 2011 a 4% en el 2016 esto de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017) esta misma encuesta arroja datos sobre la percepción del riesgo respecto al consumo de alcohol, que en no consumidores de alcohol se reportan los siguientes porcentajes 47.5% de hombres y el 52.8% de mujeres en la población entre 12-17 años, mientras que en los

adolescentes que ya han consumido alcohol disminuye esta percepción en mujeres al 41.4% y en hombres al 35.8%.

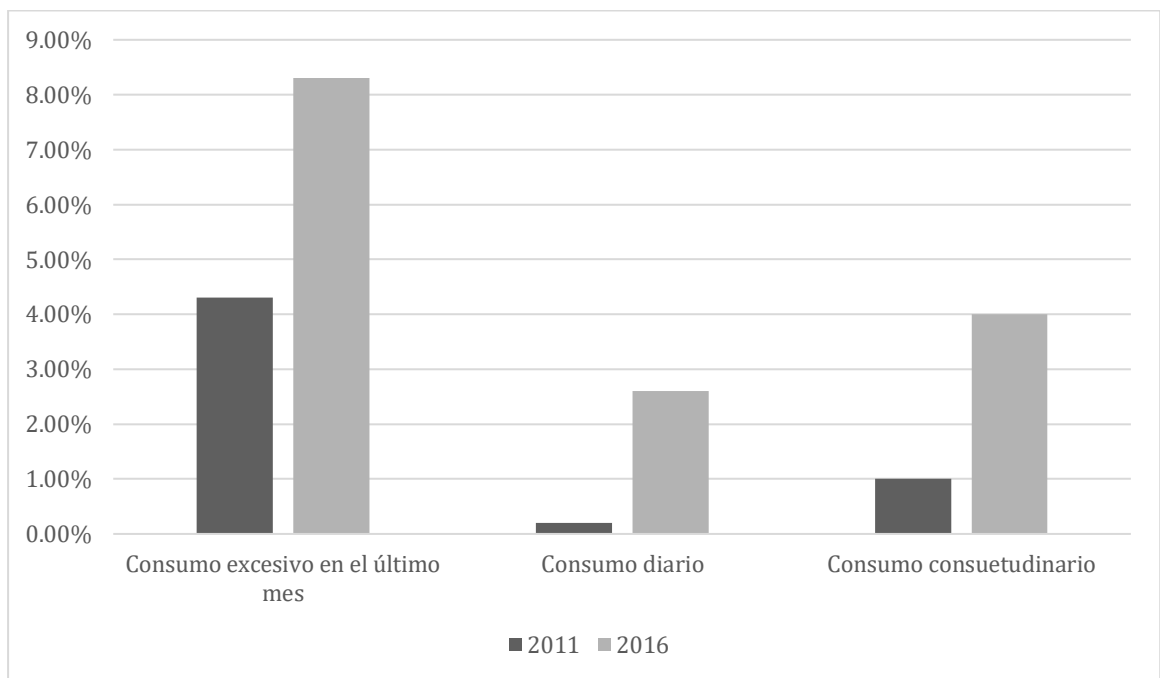


Figura 1. Patrones de consumo en la población de 12 a 17 años 2011-2016

De acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz, Encuesta Nacional [INPRFM], Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] (2017) los adolescentes con dependencia en 2002 eran 2.1%, en 2011 4.1% y en 2016 0.8%.

La edad de inicio de consumo de alcohol de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 fue antes de los 17 años, se ha incrementado del 2008 de 49.1% en 2011 a 55.2% mientras que en 2016 de 53.1%.

El reporte de la ENCODAT (2016-2017) señala que la edad de inicio promedio no ha tenido grandes diferencias respecto a 2008 que fue de 17.9 años mientras que en el 2011 fue de 17.8 y finalmente en 2016 fue de 17.9, sin embargo, las cifras de consumo antes de esta edad van en incremento.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes [ENCODE], (2014) reportó que 53.2% de la población estudiantil de secundaria y bachillerato habían ingerido alguna vez alcohol. Mientras que para el nivel primaria el porcentaje fue de 17%.

La prevalencia total de consumo en estudiantes de primaria alcanza el 16.9% y el consumo excesivo es de 2.4% en este sector de la población (ENCODE,2014).

El consumo en estudiantes de primaria de zonas urbanas y rurales presenta algunas diferencias de acuerdo con la ENCODE (2014) en la categoría de alguna vez el porcentaje en la zona urbana fue del 17.1% mientras que en la zona rural fue de 16.1%, sin embargo, en cuanto al consumo excesivo en área urbana fue de 2.3 y en el área rural de 2.7%.

La intención para el consumo de alcohol en estudiantes de primaria registrada por la ENCODE (2014) en los estudiantes que aún no han consumido alcohol fue de 12.6 en total mientras que en los que ya han consumido los resultados son de 22.5%. Y respecto a la percepción de riesgo y la tolerancia social ante el consumo de alcohol en estudiantes de primaria que no han consumido alcohol el 95.6% lo considera peligroso, mientras los que ya han consumido disminuye a 85.8%.

Sobre la aceptación social la ENCODE (2014) reporta que de los que han consumido la sustancia el 24.4% considera que hay aprobación de su familia, 15.9% de su maestro y 32.7% de su mejor amigo, mientras que en la población de estudiantes no consumidores solo el 9.9% considera que su familia lo consentiría, 7.6% que su profesor lo toleraría y el 14.5% que su mejor amigo lo aprobaría. De acuerdo Tapia et al., (2016) la normalización del consumo de sustancias en la familia es grave, cuando la embriaguez es considerada algo “normal”, esto aumenta las probabilidades de consumo en los menores.

En los Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales en 2016 el 45.8% de los pacientes reportó como droga de inicio el alcohol y 39.2% como droga de impacto (ENCODAT, 2016-2017).

En los Consejos Tutelares para menores en 2016, de acuerdo con lo reportado en la ENCODAT (2016-2017), de los 2124 menores registrados 24.2% reportó como droga de inicio el alcohol siendo la segunda. Mientras que el 28.1% admitió haber cometido algún delito bajo los efectos de esta u otra sustancia, siendo el 38.8% bajo la influencia del alcohol.

El Servicio Médico Forense SEMEFO reportó en 2016 para la ENCODAT (2016-2017) que atendió 11,356 reportes, en el 8.6% se encontró alguna sustancia, y en el 66.6% esta sustancia fue el alcohol. Las causas de defunción reportadas por SEMEFO que resultaron del

impacto del alcohol fueron el 77.38% de los suicidios, 66.8% de los homicidios y el 62.2% de los accidentes.

Las estadísticas proveen información que demuestra un incremento en el consumo de la sustancia, y no solo eso, sino que asimismo algunas de las consecuencias de su consumo en edades tempranas y en la población en general como son: enfermedades de transmisión sexual, embarazos adolescentes, accidentes de tránsito, deserción escolar, violencia; las adicciones y en específico el alcohol, afectan a la salud pública, por ello se considera necesario la premura de programas eficientes para la prevención de su consumo, considerando que debe retardarse la edad de inicio del consumo de la sustancia, además de que debe educarse en patrones de consumo que no impacten en la salud de los individuos.

Capítulo IV. Prevención de Adicciones en México

De acuerdo con Souza (2007) “el consumo abusivo y la adicción a psicotrópicos y otras drogas adictivas como el alcohol, aun siendo una droga legal, son un grave problema de salud pública que amerita atención inmediata a los tres niveles de la prevención. (p. 289)” la prevención de adicciones debe trabajar fuertemente en las drogas legales, pues como se menciona sus efectos no son menores por su estatus jurídico.

De acuerdo con Arellano (2016 como se citó en Tapia, et. al, 2016) el consumo de alcohol inicia en edades muy tempranas incluso antes de los 10 años, las cifras de adolescentes mexicanos que han probado el alcohol son preocupantes, además de que no hay diferencias importantes entre el consumo en hombres y mujeres, es por ello que la prevención debe robustecer esfuerzos en las poblaciones más jóvenes, dónde aún se puede evitar su consumo, y sobre todo en drogas legales como es el caso del alcohol, pues su estatus legal no impide que los niños y adolescentes tengan acceso a esta.

4.1 Historia de la prevención de adicciones en México

Se realizó una revisión de diversos autores como Fernández (2014), CONADIC (2001; 2019), Secretaria de Salud (2012) Rubio y Rubio (2006) para indagar los diversos acontecimientos y antecedentes en materia de programas preventivos de las adicciones en México, que a continuación se presentan:

- 1969 – Creación “Centro de Trabajo Juvenil” bajo el modelo de terapia ocupacional y que posteriormente serían los “Centros de Integración Juvenil” (CIJ).
- Década de 1970 – Para la atención de las adicciones se emplearon modelos como el psiquiátrico, el psicoanálisis, y psicología breve.
- 1970 – Comenzó la aplicación del “Modelo y Programa Preventivo “Para vivir sin adicciones”.
- 1972 – Se crea el “Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencias”.
- 1974 – Se lleva a cabo la primera encuesta a hogares en 6 ciudades.

La Secretaria de Educación Pública (SEP) realiza mediciones epidemiológicas de tipo transversal con muestras representativas en población estudiantil de nivel medio y medio superior.

- 1979 – El Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencias es absorbido por el “Instituto Nacional de Psiquiatría” (INP).
- Década de 1980 – Se realizan investigaciones epidemiológicas, de riesgos macrosociales y en comunidades con factores de riesgo.
- 1984 – La Ley General de Salud reconoce el alcoholismo y otras adicciones como un problema de salubridad.
- 1986 – Creación de el “Consejo Nacional contra las Adicciones” (CONADIC).
- 1988 – Se realiza la 1° Encuesta Nacional de Adicciones.
- 1989 – Se comienza la ejecución del programa preventivo “Modelo Preventivo de riesgos psicosociales Chimalli.”.
- Década de 1990 – Se emplean para la atención modelos de salud pública preventivos y con un abordaje humanitario.
- 1990 – Creación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Adicciones en México (SISVEA).
- 1991 – Se realiza el 1° informe de SISVEA.
- Se realiza la implementación del programa “Yo quiero Yo puedo”.
- 1995 – Programa de reforma del sector salud, con el cual se antepone la prevención a los tratamientos.
- Inicia su primera aplicación el ”Programa de Intervención Comunitaria para desalentar riesgos sociales asociados al uso de drogas”.
- Comienzan las aplicaciones de “Meta-modelo ECO2 (Epistemología de la complejidad, Ética y Comunitaria)”
- 1996 - Se inicia el programa “Programa modelo de prevención del uso alcohol, tabaco y drogas en trabajadores y sus familias”.
- 1998 – Se pone en marcha el “Programa de Prevención y Control de Adicciones” (PPCA).
- 1999 - Se implementan los “Talleres Interactivos Para la Promoción de la Salud”.
- 2000 – Se comienza a dar atención a usuarios exclusivos de alcohol o tabaco en los CIJ, en colaboración de la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos.
- 2006 – El SISVEA cuenta con la participación de 123 ciudades de las 32 entidades federativas.
- 2007 - Entra en ejecución el programa ““Dejando Huellitas en tu Vida” intervención para la prevención en consumo de drogas y problemas de salud mental con niños”.

- Comienza la aplicación del programa “Construye-T programa de apoyo a las y los jóvenes de educación media superior para el desarrollo de su proyecto de vida y la prevención en situaciones de riesgo”.
- 2008 - Inicia el programa “Prevención de las conductas adictivas a través de la crianza positiva para reducir comportamiento antisocial”.
- 2009 – El SISVEA realiza un reporte con información de 155 ciudades con apoyo de otras instituciones como: Centros de tratamiento, Consejos tutelares para menores, Servicios Médicos forenses y servicios de urgencias.

Se publica en el diario oficial de la nación la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Comienza el trabajo del programa “Criando con Amor Promoviendo la Armonía y SupCAPAS-Mx (Criando con Amor Promoviendo Armonía y Superación en México)”.

- 2012 - Inicia su implementación el programa preventivo “Sistema de prevención selectiva comunitaria “Alas”.
- 2017 - la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) presentó el Programa Nacional de Prevención del Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Participación Ciudadana.

4.2 Legislaciones

A nivel nacional contamos con la Ley General de Salud considerando la reforma que se realizó en 2012, y la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, donde se consideran diversas normas para la prevención, consumo, tratamiento y venta de bebidas alcohólicas.

En el artículo 6° de la Ley General de Salud (2012) se establecen diversos objetivos del sistema nacional de salud entre ellos:

- “IV Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.
- VII Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección. (p. 6)”

Los siguientes artículos de la Ley General de Salud (2012) abordan la reglamentación para la ejecución, de los programas de prevención:

En el artículo 73 fracción III. “La realización de programas para la prevención y control del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia. (p. 30)”

El artículo 184 Bis, menciona la creación del Consejo Nacional Contra las Adicciones, y menciona que:

“tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones que regula el presente título, así como proponer y evaluar los programas a que se refieren los artículos 185, 188 y 191 de esta Ley (p. 88)”

En el artículo 185 se mencionan las acciones específicas en materia de programa contra el alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas:

“I- La prevención y el tratamiento del alcoholismo y , en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos.

II- La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva.

III- El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población de alto riesgo. (p. 89)”

El artículo 192, plantea la elaboración de un programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia, en el mismo artículo se menciona que:

“en materia de prevención se ofrecerá a la población un modelo de intervención temprana que considere desde la prevención y promoción de una vida saludable, hasta el tratamiento ambulatorio de calidad, de la farmacodependencia, el programa nacional fortalecerá la responsabilidad del Estado, principalmente de la Secretaría de Salud, ofreciendo una visión integral y objetiva del problema para:

- I. Desarrollar campañas de educación para prevención de adicciones, con base a esquemas novedosos y creativos de comunicación que permitan la producción y difusión de mensajes de alto impacto social, con el fin de reforzar los conocimientos de daños y riesgos de la farmacodependencia, especialmente dirigirá sus esfuerzos hacia los sectores más vulnerables, a través de centros de educación básica.

- IV. Realiza las acciones de prevención necesarias con base en la percepción de riesgo de consumo de sustancias en general, la sustancia psicoactiva de uso; las características de los individuos; los patrones de consumo, los problemas asociados a las drogas; así como los aspectos culturales y las tradiciones de los distintos grupos sociales. (p. 91)"

Mismo artículo 192 Quintus, dispone que la Secretaría de Salud (2012) realizará procesos de investigación en materia de farmacodependencia para:

- II. “Contar con una base científica que permita diseñar e instrumentar políticas públicas eficaces en materia de farmacodependencia;
- III. Evaluar el impacto de los programas preventivos, así como de tratamiento y rehabilitación, estableciendo el nivel costo-efectividad de las acciones (p. 92)”

En la Ley General de Salud (1984), encontramos otros artículos que abordan la definición de bebidas alcohólicas, las reglas para su venta y consumo:

El artículo 217 define a las bebidas alcohólicas “para los efectos de esta Ley, se consideran bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen. Cualquiera otra que contenga una proporción mayor no podrá comercializarse como bebida (p. 102)”

El artículo 218 sustenta que, toda bebida alcohólica deberá portar en el envase la leyenda “el abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud (p. 102)”

El artículo 220 de la Ley General de Salud (1984) dice:

“En ningún caso y de ninguna forma se podrán expender o suministrar bebidas alcohólicas a menores de edad (p. 103)”

Artículo 308 en el que se suscribe los requisitos con los que deberá cumplir la publicidad de bebidas alcohólicas:

- I. “Se limitará a dar información sobre las características, calidad y técnicas de elaboración de estos productos;
- II. No deberá presentarlos como productores de bienestar o salud, o asociarlos a celebraciones cívicas o religiosas.
- III. No podrá asociar a estos productos con ideas o imágenes de mayor éxito en la vida afectiva y sexualidad de las personas, o hacer exaltación de prestigio social, virilidad o femineidad.
- IV. No podrá asociar a estos productos con actividades creativas, deportivas, del hogar o del trabajo, ni emplear imperativos que induzcan directamente a su consumo;
- V. No podrá incluir, en imágenes o sonidos, la participación de niños o adolescentes ni dirigirse a ellos;
- VI. En el mensaje, no podrá ingerirse o consumirse real o aparentemente los productos de que se trata;
- VII. En el mensaje no podrán participar personas menores de 25 años
- VIII. En el mensaje deberán apreciarse fácilmente, en forma visual o auditiva, según el medio publicitario que se emplee, las leyendas a que se refieren los artículos 218 y 276 de esta Ley.

“La Secretaría de Salud podrá dispensar el requisito previsto en la fracción VIII del presente artículo, cuando en el propio mensaje y en igualdad de circunstancias, calidad, impacto y duración, se promueva la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente en la niñez, la adolescencia y la juventud, así como advierta contra los daños a la salud que ocasionan el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas” (Ley General de Salud, 2012, p. 140)

Capítulo V. Programas vigentes sobre prevención de Adicciones.

5.1 Programas Preventivos en México en 2015

Castro, Llanes, Amador, Villatoro y Medina-Mora realizaron en 2015 un análisis de los programas preventivos en México, con base en esta investigación, a continuación, se presentan los programas preventivos en materia del consumo de alcohol y otras drogas que se aplican a poblaciones de adolescentes:

Modelo para vivir sin adicciones

Es un programa implementado en 1970, por Centros de Integración Juvenil.

Es un programa que busca cubrir comunidades completas, es decir, atiende en edades tempranas, adolescentes y adultos, además de promover la participación de la comunidad, realiza evaluaciones a través de estudios de panel “prueba-postprueba” respecto a este programa se han desarrollado estudios prospectivos y de longitud. De acuerdo con los estudios de evaluación que realizaron Guerrero, Balanzario y Díaz (2002) y Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero y Gómez-Maqueoet (2011) se encontró que el programa resultó efectivo, pues las conductas de intención de consumo se redujeron al igual que se registró un aumento de la percepción de riesgo que significan las drogas incluyendo al alcohol.

La investigación realizada por Guerrero, et al., (2002) evaluó los resultados, con un diseño longitudinal realizándose observaciones al inicio del tratamiento, al finalizarlo y un seguimiento, con una muestra de n=68, los resultados arrojados demuestran una disminución o erradicación en el consumo de sustancias. La evaluación realizada por Rodríguez, et al., (2011) consistió en un diseño experimental con prueba-post prueba y grupo control, se realizaron análisis de los resultados empleando medidas de tendencia central. Los resultados arrojaron resultados similares al estudio previo, demostrando un cambio significativo en el consumo de sustancias antes y después de la intervención.

De riesgos psicosociales CHIMALLI, Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos AC INEPAR desde 1989

Liderado por Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos AC, 1989, y posteriormente versiones más recientes junto con DIF

Es un programa que se ha aplicado a comunidades escolarizadas (primaria, secundaria y preparatoria). Trabaja en el desarrollo de resiliencia, habilidades para la vida y técnicas para el manejo del estrés.

De acuerdo con sus evaluaciones se han tenido resultados muy favorables en las comunidades donde se trabaja en el aula, pero con apoyo de los maestros y padres de familia, resultados que no se ven en otras escuelas donde la aplicación se limitó al trabajo en el aula. En una evaluación realizada por Castro et al. (2005) en el ciclo escolar 2003-2004 a 368 grupos de cuarto a sexto pertenecientes a 52 escuelas, se aplicaron escalas de actitud antes y después de la intervención, después se analizaron los datos estadísticamente, con la prueba de rangos y la prueba T para muestras relacionadas; de acuerdo con los resultados las estadísticas de contraste fueron significativas, con lo que los autores afirman que se incrementaron las actitudes de protección.

Meta-modelo ECO² (Epistemología de la complejidad, Ética y Comunitaria)

Implementado por Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C. (CAFAC), la Red Mexicana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social (REMOISSS) y la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS), en 1995

Trabaja sobre la intervención comunitaria y la ética, es un programa que ha sido evaluado por la Fundación de apoyo contra la drogadicción (FAD)

Yo quiero, yo puedo,

Programa dirigido por Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP), desde 1991

Se emplea el marco para facilitar en empoderamiento intrínseco, trabaja en la autoeficacia, el locus de control y la autonomía.

Programa de Intervención Comunitaria para desalentar riesgos sociales asociados al uso de drogas.

Liderado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, desde 1995

Es un programa que se ha aplicado a niños en situación de calle, además de otras comunidades indígenas y otra vulnerables. Trabaja bajo un modelo de desarrollo comunitario y el modelo modificado de estrés social, es un programa de prevención selectiva, en versiones más actuales se trabaja en el desarrollo de habilidades sociales.

Programa modelo de prevención del uso alcohol, tabaco y drogas en trabajadores y sus familias

Es un programa que se aplica desde el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, y su primera aplicación fue en 1996

Es un programa que se ha aplicado en trabajadores de diversos sectores entre 16 a 45 años, basado en la Teoría Cognitivo – Conductual, se apoya en la teoría del cambio de Prochaska y DiClemente para generar el cambio, se han realizado evaluaciones del proceso y de los resultados, recibió financiamiento de CONACyT para evaluar una intervención breve.

Talleres Interactivos Para la Promoción de la Salud

Realizado por la Fundación de Investigaciones Sociales A.C., (FISAC), desde 1999

Programa de prevención primaria con intervención universal, promueve habilidades para mejorar la vida, estableciendo redes de apoyo.

Este programa cuenta con evaluaciones cuasiexperimentales con mediciones antes y después a “grupo control no equivalente” con muestras por conveniencia, empleando un instrumento auto aplicable, se desarrolló el análisis de datos de tendencias centrales, y se usó la prueba Friedman para medir la significancia de los cambios, estas evaluaciones fueron realizadas por el Centro de Integración Juvenil (Argüelles, Díaz, León, Martínez, Paredes, Rodríguez & Ybarra,2004), además fue revisado por la Secretaría de Salud y por la Secretaría de Educación Pública. De acuerdo con sus evaluaciones el programa produce cambios cognitivos y actitudinales

Prevención de las conductas adictivas a través de la crianza positiva para reducir comportamiento antisocial.

Realizado por la Facultad de Psicología, UNAM, desde 2008

Trabaja bajo el enfoque de entrenamiento conductual para padres, se emplea el entrenamiento conductual, modelamiento de habilidades, análisis funcional de la conducta. Morales, Martínez, Nieto y Lira(2017) realizaron un estudio correlacional causal, empleando análisis multivariados para los niveles de medición Intervalar, y Chi cuadrada para los ordinales. De acuerdo con los resultados se observa evidencia del impacto de las prácticas de crianza en la predicción de problemas severos de conducta.

Construye-T programa de apoyo a las y los jóvenes de educación media superior para el desarrollo de su proyecto de vida y la prevención en situaciones de riesgo

Es un programa ejecutado por la Subsecretaría de Educación Media Superior, desde 2007.

Trabaja con poblaciones jóvenes, sobre la prevención y promoción de la salud, derechos y enfoque de género.

Las evaluaciones que se han realizado para conocer el efecto en las poblaciones intervenidas han sido por medio de comparación entre la evaluación previa a la intervención y la evaluación realizada después de la intervención, además de contar con una evaluación realizada por UNESCO en 2011(Ruíz, Broweman, 2011).

“Dejando Huellitas en tu Vida” intervención para la prevención en consumo de drogas y problemas de salud mental con niños.

Es un programa a cargo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, desde 2007.

Con un enfoque en el desarrollo de habilidades sociales, el programa cuenta con una evaluación de su intervención realizada por Gutiérrez y Villatoro en (2012).

Se eligieron dos escuelas una sería el grupo Control y la otra el grupo experimental, se realizaron cuatro mediciones: al inicio, al final de la intervención en el grupo experimental, y luego dos mediciones con una diferencia de seis meses entre ellas, en la tercera medición se inició la intervención en el grupo control. La población fueron 376 niños entre 2° y 5° grado de primaria.

Los resultados mostraron un efecto importante en el grupo experimental, el cual mostró mejoría en los niveles de las habilidades trabajadas, además de la evaluación y observación realizada por los docentes y padres de familia que corrobora estos datos.

Criando con Amor Promoviendo la Armonía y SupCAPAS-Mx (Criando con Amor Promoviendo Armonía y Superación en México)

| Es un programa a cargo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, que inició sus aplicaciones en 2009.

Es un programa con enfoque cognitivo-conductual, basado en el modelo “Parenting Managment Trainig Oregon PMTO” este programa intentó explicar la conducta agresiva y problemática de los niños en la década de los 60’s, Oregon Social Learnig Center han realizado pruebas de su efectividad y modificado el modelo para mejorar los resultados.

Los resultados están basados en evaluaciones multiagente y multimétodo para definir la conducta antisocial y los procesos familiares por medio de la información que proveen los participantes padres, niños, maestros, además de las observaciones directas en diversos escenarios donde se desarrollan los menores. Los diseños que se utilizan son de asignación aleatoria e intención de tratar.

La intervención busca empoderar a los padres y dotarlos de estrategias de crianza positiva. Se ha corroborado la fidelidad de las aplicaciones por medio de observación directa de las mismas.

Es un programa que ha buscado la mejora por medio de modificaciones en las sesiones, sin embargo, no hay evidencia de evaluaciones de terceros, sobre su eficacia.

Sistema de prevención selectiva comunitaria “Alas”

Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA), 2012.

Es un programa derivado del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales “Chimalli”, basado en los modelos ecológico, con enfoque proactivo, la resiliencia, el cambio psicosocial comunitario, la psicología positiva.

Las evaluaciones de este modelo se han realizado por los mismos, evaluando la participación de la comunidad, su disposición para el cambio, se han aplicado evaluaciones para medir el proceso de la intervención, su eficacia, y el impacto de esta.

Dentro de sus resultados se menciona el incremento en factores protectores, además de una disminución en la percepción de riesgo.

De acuerdo con los resultados encontrados, se puede observar que pocos programas cuentan con evaluaciones que demuestran su eficacia, la mayoría realiza evaluaciones post intervención, sin embargo, no hay evidencia de evaluaciones longitudinales, que reflejen los efectos a mediano y largo plazo de la intervención.

5.2 Programa Nacional de Prevención del Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Participación Ciudadana. CONADIC (2019).

Este programa tiene la intención de homologar las distintas acciones preventivas que se hacen en las entidades federativas y municipios del país; y trabaja bajo 5 estrategias.

Su primera estrategia es, impulsar acciones integrales preventivas para informar, sensibilizar y educar sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, esta estrategia tiene como líneas de acción:

- Reforzar campañas informativas y de concientización sobre los daños y riesgos del consumo de sustancias psicoactivas.
- Intensificar las intervenciones preventivas dirigidas principalmente a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, docentes y padres de familia, para el desarrollo de competencias y estilos de vida saludables en contextos escolares y familiares.

- Impulsar intervenciones preventivas en contextos comunitarios para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y promover el desarrollo de comunidades saludables y seguras.
- Promover programas preventivos en centros laborales públicos y privados para disminuir los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y promover el desarrollo de ambientes laborales sanos y seguros.
- Favorecer acciones para prevenir el abuso en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en poblaciones con altos niveles de vulnerabilidad psicosocial.
- Promover la formación de promotores preventivos para operar acciones que desalienten y eviten el consumo de sustancias psicoactivas en distintos sectores y escenarios.
- Impulsar que la oferta de programas e intervenciones preventivas disponibles a nivel nacional se fundamenten en la evidencia científica y en la normatividad aplicable.

Estrategia 2. Fortalecer la detección temprana, al orientación y referencia de consumidores de sustancias psicoactivas para su atención oportuna.

Estrategia 3. Fortalecer los servicios de tratamiento y rehabilitación de consumidores.

Estrategia 4. Fortalecer la normatividad para disuadir el uso nocivo del alcohol y consumo de tabaco.

Estrategia 5. Fortalecer el sistema de información y vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas.

5.3 Programas que operan con recursos fiscales y sistemas de información.

De acuerdo con CONADIC (2019) los Sistemas de información de instituciones que operan programas preventivos con recursos fiscales y que cuentan con un sistema de información para el registro de sus acciones y del número de personas atendidas son:

Centros de Atención Primaria a las Adicciones (CAPA).

Estos actúan en escuelas, con alumnos y padres de familia, además de poblaciones intermedias como líderes de las comunidades, identificando líderes para desarrollar programas comunitarios. Estos servicios en el 2018 atendieron a 3, 745, 945 adolescentes de 12 a 17 años con actividades como (pláticas, talleres, campañas, actividades comunitarias (CONADIC, 2019).

Centros de Integración Juvenil, A. C. (CIJ)

Intervienen en distintos contextos, escolar, laboral, de salud y comunitario, de acuerdo con las necesidades y características de la población. Entre sus actividades está la detección temprana y canalización oportuna de riesgos y del consumo de drogas, actividades de promoción de la salud, eventos comunitarios; Además de sus servicios de tratamiento y rehabilitación de las adicciones. (CONADIC, 2019)

Durante 2018, en prevención universal atendieron a 3, 237, 575 personas. El 20.3% fue la población de 12 a 17 años, 13% de 6 a 9 años, 6.7% personas entre 10 a 11 años y 1.3% de 3 a 5 años, además de personas de 25 o más que representan el 51.4% y de 18 a 24 años (7.3%). En prevención selectiva se atendieron 4, 451, 987 personas. El principal contexto donde se prestó esta atención fue el escolar, siendo el 70.1% personas entre 12 y 17 años, 10.6% de 10 a 11 años, de 18 a 24 años (12.4%) y mayores de 25 años el (6.9%) los atendidos. Mientras que en prevención indicada de impacto a 29, 452 personas, donde de igual manera el principal contexto fue el escolar, el rango principalmente atendido fue el de 12 a 17 años con el (63.8%), seguido de 25 años o más (20.9%), y de 6 a 9 años el (0.1%) (CONADIC, 2019).

Campañas en Medios de Comunicación

De acuerdo con CONADIC (2019) la Dirección General de Prevención del Delito y Servicios de la Comunidad de la Fiscalía General de la República (FGR) realizó la difusión de 217 mensajes preventivos, impactando a 58, 339 personas.

En 2017 CIJ llevó a cabo la campaña “Like por tu salud”, difundida por las cuentas institucionales en sus redes sociales (Facebook, Twitter e Instagram).

Resultados de la investigación y hallazgos en los programas de prevención en México.

Como lo menciona la Organización Panamericana de la Salud (2019):

No se observa progreso en la disminución del consumo total de alcohol por habitante en el mundo, y la carga mundial de enfermedad atribuible al alcohol sigue siendo inaceptablemente elevada. Las tendencias y proyecciones actuales apuntan a un aumento del consumo total por habitante en todo el mundo en los próximos 10 años, lo que hará imposible alcanzar el objetivo de una reducción relativa del 10% para el 2025, a menos que la aplicación de medidas eficaces de control del alcohol invierta la situación en países con niveles elevados y cada vez mayores de consumo de alcohol. (p. 15)

Las estadísticas halladas no muestran una reducción en la intención para el consumo, ni en el consumo de alcohol, a pesar de que se reconoce el esfuerzo histórico de instancias civiles y gubernamentales por atender esta problemática.

La ficha de monitoreo 2017-2018 de CONEVAL (2018) del programa para la prevención y atención contra las adicciones de la Secretaría de Salud señala que el programa cubre a las 32 entidades federativas, teniendo como una población objetivo 13, 372, 655 y atendiendo al 54.53% es decir 7,292,770 personas entre 12 y 17 años, en la misma ficha se señala que no hay evaluaciones de impacto o de disminución en el consumo de drogas, sin embargo las evaluaciones se realizan en relación con las metas establecidas para cada periodo.

De acuerdo con CONADIC (2019) el consumo de alcohol y drogas en México es un problema que requiere políticas públicas efectivas, que promuevan el desarrollo y evaluación de los programas y modelos preventivos basados siempre en evidencia científica buscando dar respuesta a las necesidades específicas de la población, de acuerdo con la evidencia disponible las intervenciones han logrado resultados muy limitantes, cuando el problema requiere un trabajo extenso, multidisciplinario para dar respuesta a la variedad de la etiología del problema, es por ello que se insiste en que las intervenciones deben ser integrales e involucrar a todos los sectores y participantes en este problema de salud. En este sentido vemos esfuerzos que, si bien se han ido sumando e incluso hay registro de acciones en pro de la homologación de los programas preventivos, la realidad es que no existe un registro oficial que muestre tanto los programas preventivos, su impacto, eficacia y que muestre las adecuaciones que se han realizado. Ya hay bastante investigación e intervenciones en la prevención del consumo de

alcohol, pero al carecer de un seguimiento de su efecto y costo-beneficio, no se ha podido dar la atención que merece este problema.

Es imprescindible que las estrategias de atención a la salud del adolescente permanezcan dirigidas a acciones de promoción de salud, prevención y no solamente a las curativas y de rehabilitación. Es fundamental la participación multidisciplinaria con interacción de los niveles primario, secundario y terciario, intersectorialidad, con objetivos comunes, así como la participación de los adolescentes como agentes promotores de salud. (Pineda & Aliño, 1999).

La Organización Panamericana de la Salud, (2019) hace énfasis en la importancia de la participación de gobierno, sociedad y organizaciones no gubernamentales para abordar el problemas de manera conjunta, ha de reconocerse que en México el problema del consumo de alcohol es tan aceptado que no resulta fácil realizar programas eficaces, si no se involucra a los distintos sectores involucrados. La (OPS, 2019) reconoce la necesidad de apoyo en la ejecución de medidas de control del consumo de alcohol, y que a su vez estas este apoyadas en la evidencia científica y el costo-efectividad, es necesario que se invierta en la prevención en edades tempranas, que se evalúen los costos-beneficio y se e un seguimiento a los programas que demuestren tener eficacia.

Entre los retos para reducir el consumo nocivo de alcohol se encuentran el escaso compromiso político con la coordinación eficaz de la acción multisectorial para reducir el consumo perjudicial de bebidas alcohólicas, la influencia de poderosos intereses comerciales que van en contra de las políticas eficaces de control del alcohol y las arraigadas tradiciones de consumo de alcohol en muchas culturas (OPS, 2019, p. 16).

Conclusiones

Derivado de esta investigación se coincidió con diversos autores acerca de la necesidad de reforzar las medidas en prevención y promoción de la salud, para evitar el consumo de alcohol, sobre todo en edades más tempranas.

El consumo de alcohol en México resulta un problema complejo, puesto que es la droga legal con mayor aceptación social, lo que genera una baja percepción de riesgo y una elevada intención de consumo como se demuestra en las estadísticas.

Las estadísticas nos muestran un incremento en los distintos patrones de consumo de la población entre 12 a 17 años de acuerdo con la ENCODAT (2016-2017) se registraron variaciones importantes en el consumo excesivo en el último mes paso de 4.3% en 2011 a 8.3% en 2016, el consumo diario se incrementó 13 veces respecto al 2011 que fue de 0.2% mientras que en 2016 se registró en 2.6% y finalmente el consumo consuetudinario que se cuadruplico pasando del 1% en 2011 al 4% en 2016. Esta situación resulta preocupante pues aumentan los consumidores de la sustancia en edades en que es ilegal el consumo.

Son necesarias adecuaciones en las encuestas puesto que no se cuentan con datos más precisos acerca de la edad de inicio de consumo de alcohol, como se puede observar la ENCODAT (2016-2017) mide la edad de inicio, siendo la más baja “17 años o menos” y aunque la ENCODE (2014) incluye datos de alumnos de primaria omite las edades, y datos más puntuales sobre las edades de inicio, esto con la finalidad de encontrar desde que edad se inicia el consumo en cualquiera de sus patrones de consumo.

“El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas cada vez ocurre en edades más tempranas, lo cual significa que como sociedad organizada no debemos disminuir el paso en el esfuerzo que representa la lucha para prevenir las adicciones.” (Tapia, et al, 2016, p. 158).

Como podemos ver el problema de la adicción al alcohol en México es multicausal, puesto que tenemos una sociedad con una gran aceptación a la sustancia como se observa en las estadísticas, como señala la ENCODAT 2016-2017, los mexicanos no beben a diario pero

si lo hacen de manera excesiva los fines de semana, iniciando el día jueves, es una práctica que se observa tanto en el medio rural como en el urbano.

Los resultados de la investigación realizada arrojan que en lo que respecta a nuestra pregunta de investigación ¿Cuáles han sido los programas de prevención con mayor eficacia para el consumo de alcohol? No se encontraron programas vigentes que trabajen exclusivamente sobre la prevención del consumo de alcohol en adolescentes, sin embargo se localizaron algunos programas que incluyen el tema dentro de su plan de trabajo, en estos programas de prevención tanto de consumo de alcohol, drogas y otros riesgos psicosociales se encontró que para que su impacto en los sujetos sea el esperado se requiere de la participación de padres de familia o tutores, personal de la comunidad educativa y de preferencia la participación de la comunidad en la que se desenvuelven las personas. Además de que durante la investigación no se encontró un padrón de los programas preventivos que atienden a la población en materia de consumo de alcohol, lo cual resultaría de utilidad para conocer la eficacia de los programas preventivos, que permitiría dirigir esfuerzos hacia una dirección más alentadora ante este panorama de consumo de alcohol que se nos presenta.

Las poblaciones no se integran y es necesario que los programas de prevención favorezcan el involucramiento de la comunidad, empleando metodologías comunitarias considerando que “La prevención debe ser paralela al desarrollo de mejores condiciones de vida de la comunidad. Debemos preocuparnos por lo que ocurre en nuestro entorno y procurar identificar los problemas, las carencias y las necesidades, pero también mejorar nuestras propias funciones. (Tapia et al. 2016, p. 160)” “Las prácticas de prevención que se dirijan a diversos componentes de la población social, resultan una opción relevante a la que se deben dirigir los esfuerzos de la política pública y de investigación del país (Castro et al., 2015, p. 34)”.

Aquellos programas que involucran a la comunidad tiene una mayor probabilidad de realizar cambios significativos en la percepción que se tiene acerca de alguna una sustancia (alcohol, tabaco, drogas ilegales), sin embargo y lamentablemente los programas como “De riesgos psicosociales CHIMALLI”, señalan la baja participación de los padres de familia y maestros, es necesaria la intervención en la familia, pues al ser el primer ambiente social de los individuos, y de donde adquieren patrones de comportamiento en un el desarrollo en edades tempranas, como lo señala Tapia, et al., (2016) “si en una familia no se tiene claro que los niños y los adolescentes no deben consumir alcohol ni tabaco y que las drogas tienen un gran

potencial dañino, los menores seguramente incorporarán esa misma idea y actuarán en consecuencia (p. 159)”.

Fueron pocos los programas encontrados que consideran y dirigen la prevención desde la niñez, lo cual resulta imperativo en materia de prevención primaria y universal puesto que como señala Oblitas (2008):

las estrategias que resultan más eficaces son los programas llevados a cabo desde la familia y desde la escuela. Intervenir en estos ámbitos parece potenciar las estrategias para reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de resistencia (p. 236)

Las legislaciones existentes consideran distintos aspectos de importancia para prevenir el consumo del alcohol, sin embargo, los lineamientos y principios no se reflejan en las cogniciones de la población respecto al consumo de esta droga puesto que no han resultado suficientes para la prevención del problema y finalmente el bombardeo publicitario de esta sustancia a pesar de la normativa para la venta de alcohol, aun con los requerimientos en publicidad esta influye en los comportamientos de adquisición como señala Tapia, et al, (2016) “La influencia que los medios de comunicación tienen en los jóvenes, tanto escritos como televisivos y radiofónicos, los cuales como consecuencia de los enormes intereses económicos emiten mensajes que tienen efecto sobre el consumo. (p. 159)” por las estadísticas sobre todo en el consumo en menores de edad no se ve el efecto esperado de estas medidas y si han sido suficientes y se ha efectuado la vigilancia del cumplimiento y las sanciones se han ejecutado de acuerdo con lo que indica la ley.

En México, de acuerdo con algunos autores como (Castro, et al, 2015) se carece de estudios longitudinales en materia de los programas preventivos de adicciones, aun cuando hace más de 50 años que se comenzó la labor en este campo, lo cual resulta ser una necesidad. Como menciona Castro, et al, (2015) “es necesario poner más énfasis en que todos los programas, independientemente de sus componentes y marcos conceptuales, evalúen el efecto de las intervenciones en los comportamientos de consumo de sustancias tóxicas” (p. 33). los resultados de estudios con esta metodología nos reflejarían resultados en el tiempo a largo o mediano plazo de las intervenciones, permitiendo hacer adecuaciones y mejoras a los programas ya existentes.

Referencias

- Alonso, M., Guzmán, V., Armendáriz, N., Alonso, B. & Alarcón, N. (2017) Crianza Parental sucesos de vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Investigación en Enfermería*. Recuperado de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1598>
- Argüello, A., Díaz, D., León, R., Martínez, P., Paredes, J., Rodríguez, K. & Ybarra, I., (2004) *Evaluación de Resultados del taller TIPPS*. FISAC
- Bang, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl> doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2- FULLTEXT-399
- Becoña, I, E., (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*. 77, 25-32. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77807705.pdf>
- Becoña, E. & Cortés, M., (2010) Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Socidrogalcohol.
- Berruecos, V. L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61-81. Recuperado en 27 de febrero de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000200005&lng=es&tlng=es.
- Castro, M. (2005) Cambios de actitud en escolares de primaria de 52 escuelas. Resultados de las aplicaciones del Modelo preventivo de riesgos psicosociales Chimalli. *LiberAddictus*. 84
- Castro, M., Llanes, J., Amador, N., Villatoro, J. & Medina-Mora, M. (2015) La prevención del Consumo de Alcohol en México. *De la Prevención y otras historias*. Edit. California. Bogotá.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2019) *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas*.

- Comisión Nacional contra las Adicciones CONADIC (2001) *El fenómeno de las adicciones en México*. Observatorio Epidemiológico de drogas. México.
- Comisión Nacional contra las Adicciones CONADIC (2019) *Informe sobre la situación de las Drogas en México y su Atención Integral 2019*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico.pdf
- Consejo Nacional de la Política de Desarrollo CONEVAL (2017-2018) Ficha de Monitoreo del programa de prevención y atención contra las adicciones. Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2017_2018/FMyE_12_E025.pdf
- Fernández, C., (2014) Evolución de los modelos de prevención y tratamiento a lo largo de 45 años. *Publicación de los Centros de Integración Juvenil*. 68 pp. 6-16.
- Florentino, M. (2004) Conductas de la salud. *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México, Thompson Learnig.
- Güémez-Hidalgo, M., González-Fiero, M. & Hidalgo, M., (2017) Pubertad y adolescencia. *Adolescere*. 1 , Pp. 7-22.
- Guerrero, J., García, R., Balanzario, M. & Díaz, D. (2002) *Evaluación de resultados del tratamiento del consumo de drogas en centros de integración juvenil*. Informe de investigación. CIJ.
- Gutiérrez, M., Múnera, X. & Sepúlveda, L., (2016) Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol en adolescentes. *Psicología, psicoanálisis y conexiones* 8 (112)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2010) Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/default?px=Poblacion_01&bd=Poblacion
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz INPRFM (2017) *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*: Reporte de Alcohol. Secretaria de Salud. México.

- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz INPRFM (2015) *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol*. Secretaría de Salud. México.
- Labiano, M. (2004) Introducción a la Psicología de la Salud. *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México, Thompson Learnig.
- Morales, S., Martínez, M., Nieto, J. & Lira, J. (2017) Crianza Positiva y Negativa Asociada a los Problemas Severos de Conducta Infantil. *Salud y drogas*. 17 (2).
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención tratamiento y control de las adicciones recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
- Oblitas, L.(2007) Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria. Bogotá. Ed. PSICOM.
- Oblitas, L., (2008) El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*. 26 (2)
- Ogden, J. (2004) *Health Psychology*, England: Mc Graw Hill
- Organización Mundial de la Salud OMS (1948) Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud OMS (1986) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado de : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud OMS (1994) Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid
- Organización Mundial de la Salud OMS (1998) Promoción de la Salud: Glosario
- Organización Mundial de la Salud recuperado de : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ el 03 de marzo de 2020
- Organización Panamericana de la Salud (2019) *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen*. Washington, D.C.

- Piaget, J., (1964) *Seis estudios de psicología*. Ed. Labor
- Pineda, S. & Aliño, M., (1999) Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. MINSAP. Cuba.
- Ruíz, V. & Broweman, J., (2011) *Innovando en educación para prevenir la exclusión "Construye T" una alternativa para la juventud mexicana*. UNESCO. México
- Rodríguez, S., Díaz, D., Gracia, S., Guerrero, J. & Gómez-Maqueo, E., (2011) Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes. *Salud Mental*. 24. Pp. 27-35
- Rubio, H. & Rubio, A., (2006) Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Revista Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. 19 (4)
- Santacreu, J., Márquez, M. & Rubio, V. (1997) La Prevención en el marco de la psicología de la salud. *Psicología y salud*. México. 10, Pp. 81-92
- Secretaría de Salud, (1992) Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaría de Salud. México.
- Secretaria de Salud (2012) *Manual de Procedimientos Estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las adicciones*. México.
- Souza, M., (2007) *Adicciones, Clínica y terapéutica*. Ed. Alfil. México
- Tapia, D., Villalobos, R., Valera, M., Cadena, J., Ramírez, J., Guzmán, O., Maldonado, A. & Ortiz, D. (2016) *Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico*. FESI, UNAM.
- Valadez, J., Oropeza, R., Salazar, M., Martínez, K., (2018) La voz de los profesionales: Componentes y sugerencias para los programas de prevención en adicciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 21 (3) México
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A.(2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado en 16 de abril de 2020, de

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es

Villegas, M., Alonso, M., Alonso, B. & Martínez, R. (2014) Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichan*. 14 (1), pp. 41-52 Universidad de La Sabana. Cundinamarca, Colombia Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130041005>