



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

DESARROLLO DEL OBSERVATORIO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS
DROGAS DEL CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS
ADICCIONES

TESINA
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL
COMPORTAMIENTO ADICTIVO

PRESENTA:
JUAN CARLOS PADILLA PALACIOS

DIRECTOR (A): DRA. VIOLETA FÉLIX ROMERO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

COMITÉ: MTRA. ALEJANDRA LÓPEZ MONTOYA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MTRA. ENA ERÉNDIRA NIÑO CALIXTO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MTRA. MARCELA ROSAS PEÑA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



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.

Tabla de contenido

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	7
<i>1.1 CONSUMO DE DROGAS.....</i>	<i>7</i>
1.1.1 Panorama mundial.....	8
1.1.2 Panorama Nacional.....	8
1.1.3 Panorama Estatal.....	10
1.2 DROGAS.....	12
1.2.1 Definición.....	12
1.2.2 Clasificación de las drogas.....	12
1.3 PATRÓN DE CONSUMO.....	13
1.3.1 Uso de las drogas.....	14
1.3.2 Consumo perjudicial / Abuso.....	15
1.3.3 Dependencia.....	15
1.4 ADICCIONES.....	17

1.4.1 Adicción a sustancias psicoactivas.....	17
1.4.2 Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.....	19
1.5 <i>CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS</i>	20
1.5.1 Consecuencias a la salud.....	20
1.5.2 Consecuencias sociales.....	24
1.6 <i>ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES</i>	29
1.6.1 Promoción de la salud.....	30
1.6.2 Prevención de Adicciones.....	31
1.6.3 Tratamiento de Adicciones.....	34
1.6.4 Prevención de recaídas y seguimiento.....	36
1.6.5 Programa de Alcohólicos Anónimos.....	37
1.7 <i>OBSERVATORIOS SOBRE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</i>	39
1.7.1 Instituto Nacional sobre abuso de drogas de Estados Unidos... (NIDA)	39
1.7.2 Observatorio Español de las drogas y las adicciones (OEDA)...	40
1.7.3 Observatorio Interamericano sobre drogas (CICAD).....	41
1.7.4 Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías..... (EMCDDA)	42
1.7.5 Sistema de vigilancia epidemiológica de adicciones (SISVEA)...	43
1.7.6 Sistema de registro de información de drogas (SRID).....	44
1.7.7 Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas.....	45

1.7.8 Funciones esenciales de un Observatorio de drogas.....	46
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	48
2.1 <i>JUSTIFICACIÓN</i>	48
2.2 <i>OBJETIVOS</i>	49
2.2.1 General.....	49
2.2.2 Específicos.....	49
CAPÍTULO III. PROPUESTA DE DESARROLLO DEL OBSERVATORIO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN CEAIA.....	49
3.1 <i>DIAGNÓSTICO SOBRE ATENCIÓN QUE BRINDA EL CEAIA</i>	49
3.1.1 Misión de CEAIA.....	50
3.1.2 Visión de CEAIA.....	50
3.1.3 Objetivos de CEAIA.....	51
3.1.4 Análisis FODA de CEAIA.....	52
3.2 <i>FUENTES DE INFORMACIÓN EN CEAIA</i>	54
3.2.1 Bases de datos de Informes.....	55
3.2.2 Bases de datos de Orientaciones.....	55
3.2.3 Bases de datos de apertura de expedientes.....	55
3.2.4 Bases de datos de Referencias y Contra referencias.....	56
3.2.5 Bases de datos de ingresos a tratamiento residencial.....	56
3.2.6 Bases de datos de egresos de tratamiento residencial.....	56

3.2.7 Plataforma SISECA.....	56
3.3 PLANES PARA SISTEMATIZAR LA INFORMACIÓN.....	57
3.3.1 Indicadores.....	57
3.3.2 Algoritmos y flujogramas.....	59
CONCLUSIONES.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	81
GLOSARIO.....	81

RESUMEN

Elaborar una visión más precisa sobre la situación del consumo de las drogas a través de estadísticas a nivel mundial, nacional y estatal; abordar definiciones básicas de conceptos como adicción, droga, clasificación de drogas, consecuencias de su consumo; determinar tipos de intervención que se llevan a cabo en adicciones y describir los observatorios de drogas a nivel mundial y nacional son aspectos de suma importancia para el trabajo en adicciones. El objetivo general de este estudio es conformar un sistema de información sobre la demanda de atención que tiene el Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones en el consumo de sustancias psicoactivas que oriente el diseño de investigación, estrategias de prevención y planes de tratamiento en adicciones.

El presente estudio se llevó a cabo en el Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones (CEAIA) de Hidalgo, en donde se genera una propuesta de desarrollo del Observatorio de tabaco, alcohol y otras drogas; llevando a cabo un diagnóstico de atención que se ha brindado en el Centro, describiendo las fuentes de información existentes y generando planes para sistematizar la información que se produce en el CEAIA. Los resultados de esta propuesta indican la necesidad de tener fuentes de información eficaces que puedan describir de manera detallada y precisa el trabajo que se lleva a cabo en el CEAIA, así como la importancia de dar seguimiento a datos significativos que sirvan para llevar a cabo actividades de intervención, generando estrategias que sirvan para dar respuesta a problemáticas que el consumo de sustancias psicoactivas ha tenido en la población adolescente y adulta; dentro de estas problemáticas se encuentran la deserción escolar, bajo aprovechamiento escolar, delitos, violencia, enfermedades de transmisión sexual, problemas de salud pública y trastornos mentales. Con este trabajo se pretende informar sobre la atención que se ha llevado a cabo en el CEAIA y tener datos fiables de los cuáles disponer y utilizar sobre materia de drogas en el Estado.

Desarrollar un Observatorio de tabaco, alcohol y otras drogas promete ser un proyecto integrador en el CEAIA que impactará en la población del Estado de Hidalgo, generando material que servirá para promocionar la salud física y mental y para atender los aspectos relacionados con el comportamiento adictivo.

INTRODUCCIÓN

Al igual que en el resto del mundo, el consumo de drogas en México es un problema que requiere del diseño de acciones de atención efectivas que potencialicen el desarrollo de intervenciones preventivas y de tratamiento que, basadas en evidencias científicas, den respuesta a las necesidades de los diferentes segmentos de la población. En el Estado de Hidalgo la atención en materia de adicciones se logra a través de conjuntar esfuerzos entre las Instituciones de los sectores público, social y privado para dar respuesta a las demandas de atención en los aspectos preventivos, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las adicciones. La atención de las adicciones es tarea de todos los sectores de la población y de los tres órdenes de gobierno, siendo la Secretaría de Salud a través del Comité Estatal contra las Adicciones (CECAH) y los Comités Municipales contra las Adicciones (COMCAS) la instancia rectora en la coordinación de los esfuerzos para apoyar, orientar y vigilar la prestación de servicios. En el Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones se realiza un abordaje multidisciplinar, se busca unir las aportaciones de las distintas áreas como son: Psiquiatría, Medicina, Psicología, Nutrición, Trabajo Social, Enfermería, Asistentes Terapéuticos (personas adictas en recuperación) para articularlas en un proceso dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodarse a las necesidades de cada usuario. El CEAIA tiene 12 años de trayectoria, en la cual se ha tenido una gran carga de trabajo administrativo y operativo, se han dado cientos de consultas individuales, familiares y grupales, se cuenta con un modelo de atención, entre muchos aspectos más; por ello, es importante conocer datos significativos de toda esta información que ayuden a tener un conocimiento objetivo del comportamiento adictivo de los usuarios del CEAIA y en el Estado de Hidalgo.

En el ámbito del consumo de sustancias psicoactivas se han emprendido un gran número de iniciativas como prevención, tratamiento, reducción de la oferta y la demanda, reducción de daño en varias escalas, tanto mundial, nacional y regional encaminadas a monitorear las estrategias de la lucha contra las drogas y planes de acción, es por ello que el Observatorio de tabaco, alcohol y otras drogas en el CEAIA haría en gran manera una contribución en la obtención de datos que ayude a tener un conocimiento objetivo de la atención en el Centro y así poder detectar las necesidades que se requieren atender, además de brindar información fiable y comparable a los responsables de políticas públicas locales que los ayude a tomar decisiones en favor de la población afectada.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 CONSUMO DE DROGAS

En muchas culturas tradicionales el uso de drogas ha sido algo intrínseco en la práctica de la medicina y los rituales religiosos, donde el poder simbólico de las sustancias psicoactivas ha sido muy grande. El simbolismo de la sustancia como droga se ha atenuado, pero la droga a menudo retiene otras asociaciones simbólicas. Por ejemplo, la marihuana se convirtió en un símbolo de rebeldía en los años sesenta (OPS, 2010). La forma, cantidad y tipo de uso de las drogas han tenido diferentes significados en la historia de la humanidad, las actitudes culturales hacia las distintas sustancias psicoactivas han variado considerablemente de un momento o un lugar a otro (Courtwright, 2001), y su significado simbólico se ha modificado en la misma medida. Las drogas han llegado a ser tan simbólicamente poderosas a través del tiempo porque son bienes valorados que las hacen ser susceptibles de convertirse en mercancías y están sujetas a la globalización en el uso y el comercio. Debido a su valoración positiva, la posesión y uso de sustancias psicoactivas es regularmente símbolo de poder y dominio, o cuando menos de acceso a recursos más allá de los necesarios para la subsistencia. De esta manera, el uso de drogas ha sido un comportamiento social con un fuerte valor simbólico, el uso social de sustancias sirve a menudo para demarcar los límites de la inclusión y la exclusión en un grupo social (Room, 1975).

Por otra parte, las drogas tienen el poder de cambiar el comportamiento, estado de ánimo, coordinación motriz y discernimiento. Las palabras droga e intoxicación tienen connotaciones positivas o negativas según el contexto. En muchas circunstancias culturales, las personas valoran positivamente la intoxicación como una experiencia recreativa o social. Sin embargo, en otros contextos se considera que el efecto de la sustancia vuelve a la persona intoxicada menos dispuesta a atender razones y acatar las normas sociales y leyes; de esta manera, las expectativas y el comportamiento de las personas bajo la influencia de las drogas varían en las distintas culturas o contextos en los que son utilizadas.

Finalmente, las drogas son vistas como posibles causantes de dependencia, lo cual genera en las personas pérdida de control sobre la propia vida. Existen entonces múltiples propiedades de las sustancias psicoactivas que sustentan su poder simbólico, lo cual las convierte en un ámbito de primer orden para la acción política. Hoy en día, el consumo de drogas se ha convertido en un problema de salud pública debido a la severidad de los daños y alteraciones que provoca en diferentes áreas como la salud física, el aspecto psicológico, el área familiar, el área laboral, el área social, área personal, aspecto legal y en la parte económica (NIDA, 2008).

1.1.1 Panorama mundial

Desde los años 60, el consumo de sustancias psicoactivas ha tenido una evolución constante según el Informe Mundial sobre Drogas 2017 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC); la magnitud del daño provocado por el consumo de drogas se hace patente en los 28 millones de años de vida “sana” (años de vida ajustados en función de la discapacidad) (AVAD) que, según las estimaciones, se perdieron en 2015 en todo el mundo, resultado de la muerte prematura y la discapacidad causadas por el uso de drogas.

La UNODC también calcula que Alrededor de 275 millones de personas consumieron drogas en todo el mundo en el último año y más de 36 millones de personas sufrieron trastornos por su consumo (UNODC, 2021). Además, este informe señala que en los últimos 24 años la potencia del cannabis se ha multiplicado por cuatro en algunas partes del mundo y el porcentaje de adolescentes que perciben el consumo de esta droga como perjudicial ha disminuido hasta un 40%, aunque la evidencia sugiere que el consumo de cannabis se asocia a una serie de daños para la salud y de otro tipo, especialmente entre los consumidores habituales de larga duración.

El hecho de que se haya registrado un marcado aumento del consumo de heroína en algunos mercados (en particular de América del Norte) en que los anteriormente había disminuido demuestra que esa droga todavía constituye uno de los grandes problemas de salud pública (UNODC, 2016).

1.1.2 Panorama Nacional

La ENCODAT 2016 es una encuesta probabilística cuya población objetivo son las personas con edad entre 12 y 65 años que habitan en viviendas particulares, después de excluir a las localidades donde más del 50% de las personas mayores de 5 años habla una lengua indígena y no habla español.

El levantamiento de información de la ENCODAT 2016 se realizó entre el 1 de junio y el 31 de octubre de 2016. En total, en la ENCODAT 2016 se entrevistó a 56,877 personas, 12,440 fueron adolescentes de entre 12 y 17 años, y 44,437 adultos de 18 a 65 años. Los datos de la ENCODAT nos muestran que, en el caso de México, el consumo de sustancias ilegales ha ido en aumento; el consumo de cualquier droga en el último año pasó de 2.8% a 5%, de 2011 a 2016; en hombres aumentó de 4.7% a 8.2% y en mujeres de 1.1% a 2%, en población de 12 a 65 años. Estos datos evidencian que los hombres son quienes más consumen drogas.

Para la población de 12 a 17 años la prevalencia de consumo de drogas ilegales, alguna vez en la vida, aumentó significativamente de 2.9% a 6.2%, mientras que en el último año, 2016, aumentó de 1.5% a 2.9%. En este mismo sentido el uso de drogas ilegales alguna vez en la vida, aumento para las mujeres adolescentes, más de 200 por ciento con respecto a 2011.

El cannabis es la droga ilegal de mayor consumo en el mundo, de acuerdo con la UNODC (2021) su consumo en los últimos 24 años se ha incrementado hasta 4 veces. Sin embargo, en el caso mexicano el consumo de esta sustancia creció más del doble, de 2011 a 2016, ya que la prevalencia en el último año pasó de 1.2% a 2.1%, esto es de 2.2% a 3.5% en hombres y de 0.3% a 0.9% en mujeres (ENCODAT, 2016).

Respecto a la edad de inicio del consumo es variable, ésta disminuyó, al pasar de 19.8 años en 2002, a 18.3 en 2008, para después tener un pequeño aumento en 2011, 18.5 (ENA, 2011). En 2016 se observa nuevamente un rejuvenecimiento al pasar a 17.8 años (ENCODAT, 2016).

La ENCODE es una encuesta realizada en estudiantes y tiene una representatividad a nivel nacional y estatal. Se realizó en niveles educativos de 5to y 6to de primaria, en secundaria y bachillerato y se incluyeron escuelas públicas y privadas de población rural y urbana. El objetivo de la Encuesta es evaluar la prevalencia y las tendencias de consumo de drogas tanto ilegales como médicas, alcohol y tabaco en adolescentes estudiantes de educación básica, media y media superior del país, así como conductas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas. Para la estimación del tamaño de la muestra se consideraron la distribución del uso de drogas por sexo, grupos de edad y nivel escolar; las prevalencias a nivel estatal, para el uso de alcohol y tabaco por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio; y las prevalencias a nivel estatal para el uso de inhalables, estimulantes tipo anfetamínico, marihuana, tranquilizantes y cocaína, por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

El marco muestral se obtuvo del registro oficial 2013 – 2014 de la Secretaría de Educación Pública de las escuelas de educación básica (5° y 6° de primaria, secundaria) y media superior, los cuales se encontraban en una base de datos computarizada. Se contempló tener una muestra de 1,560 estudiantes de cada estrato (4,680 en total por Estado) y 1,560 estudiantes por estrato para cada una de las ciudades de interés (4,680 en total por ciudad). Las escuelas se seleccionaron aleatoriamente al interior de cada una de las 32 entidades y de las 9 ciudades de cada nivel educativo a través de un muestreo sistemático al interior de cada estrato. Esto da una estimación de casi 6,358 grupos escolares o 191,880 estudiantes encuestados.

En el caso de primaria, para efectos de precisiones que tiene cada estrato, y por el nivel bajo de consumo en primaria, sólo se pueden dar datos estatales del consumo de alcohol, tabaco, marihuana, inhalables y otras drogas. Si se quisieran dar datos con mayor desagregación, se tiene que considerar el agrupar varios Estados colindantes.

En el caso de secundaria y bachillerato, los resultados estatales se pueden precisar a nivel de las prevalencias en el último año por estado. Una mayor desagregación del consumo se puede dar, agrupando Estados colindantes en regiones previamente definidas. En el caso del consumo de tabaco el total de los estudiantes

fumadores de secundaria y bachillerato encontramos que el total de consumidores de tabaco son 523, 857 estudiantes, un 36.6% de estos datos 289, 650 estudiantes son hombres, 39% y 234, 207 estudiantes son mujeres.

Con el consumo de alcohol los datos nacionales nos indican que en el nivel de secundaria el total de estudiantes que había consumido alcohol alguna vez en la vida fue de 40.7%, (41.9% son hombres y 39.4% son mujeres), el total de los estudiantes que habían consumido alcohol en el último año fue de 24.2% (24.3% son hombres y 24% son mujeres), el total de los estudiantes que habían consumido alcohol en el último mes fue de 16.9% (16.4% son hombres y 17.4% son mujeres), y el total de los estudiantes que presentaban consumo excesivo de alcohol en el último mes fue de 8.6% (8.9% son hombres y 8.3% son mujeres).

En lo que respecta a la Prevalencia de consumo de drogas ilegales en estudiantes de secundaria y bachillerato por sexo a nivel nacional 2014 dio como resultados de consumo total de cualquier droga alguna vez en la vida de 17.2% con un consumo en hombres de 18.6% y en mujeres de 15.9%, mientras que el consumo total de drogas médicas, alguna vez en la vida total fue de 5.8%, 5.1% para los hombres y 6.5% para las mujeres; asimismo, el consumo total de drogas ilegales fue de 14.5%, 16.6% para los hombres y 12.5% para las mujeres.

Algo que podemos observar en estas cifras es que el consumo de drogas en los adolescentes ha aumentado durante los últimos años, especialmente en mujeres, la droga ilegal preferida es la marihuana, y, paralelamente se ha evidenciado un aumento de las problemáticas y conductas de riesgo asociadas a este consumo como lo son la violencia, delitos, relaciones sexuales, abandono escolar, entre otras.

1.1.3 Panorama Estatal

El Estado de Hidalgo cuenta con una diversidad de regiones que enmarcan una situación específica para cada una de ellas en lo que se refiere al tema de las adicciones. Dentro de las demarcaciones prioritarias en las que se han detectado problemas ocasionados al consumo de sustancias psicoactivas (Alcohol, Tabaco y Otras Drogas), se encuentran Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA), que pertenecen a la Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Hidalgo, así como Unidades Médicas de Salud en los 84 Municipios de la entidad y 2 Establecimientos de Atención Residencial de las Adicciones, quienes realizan actividades preventivas, de tratamiento y rehabilitación.

En el 2008 se reportó en el Estado de Hidalgo que cerca del 4.6% de la población de 12 a 65 años consumió en el último año algún tipo de droga, en contraste con lo que se observa en el 2016 donde el 2.3% de la población consumió cualquier tipo de droga. En lo que respecta al consumo de Marihuana alguna vez en la vida, se observa un incremento del 0.2% en el 2016 (6.9%), en comparación con el 2008, con un 6.7% (ENCODAT, 2016).

En Hidalgo se identifica que la percepción de riesgo de consumir marihuana en la población de 12 a 65 años es para hombres 31.5%, para mujeres 48.2% y para el total 40.2%. Del total de alumnos encuestados, aproximadamente 16% de

adolescentes de secundaria y bachillerato ha consumido drogas alguna vez en su vida. En este mismo apartado, se encontró que el 35.1% inició su consumo de drogas entre los 13 y 14 años. Se identificó que al menos 3.4% de estudiantes de primaria han probado cualquier droga alguna vez en la vida. Por tipo de droga, los porcentajes de consumo en el estado de Hidalgo se encuentran dentro de la prevalencia nacional: Marihuana 9.4%, Cocaína 3.2%, Crack 1.8%, Alucinógenos 1.8%, Inhalables 6.3%, Metanfetaminas 1.4%, Anfetaminas 2.3%, Heroína 0.9% (ENCODAT, 2016).

Con respecto al consumo de tabaco cerca del 29.4% de estudiantes de secundaria y bachillerato han fumado tabaco alguna vez en su vida. El 11.6% es fumador actual, lo que corresponde alrededor de 350 alumnos del total de encuestados. De los estudiantes de 5° y 6° grado de primaria, 6.7% de alumnos han fumado tabaco alguna vez y al menos, el 2% es fumador actual, aproximadamente 30 de ellos. Acerca de cómo consiguen los cigarrillos que los estudiantes fuman se identificó lo siguiente; en secundaria 46.9% los compra en una tienda, 14.7% los consigue afuera de la escuela, 0.9% los compra en la escuela, 2.6% los consigue con el permiso de sus padres, 48.8% sin su permiso; en bachillerato 68.3% los compra en una tienda, 31.3% los consigue afuera de la escuela, 2.8% los compra en la escuela, 4.4% los consigue con el permiso de sus padres, 49.4% sin su permiso. Hidalgo tiene una población de 2 millones de habitantes de 12 a 65 años (1 millón 63 mil mujeres y 959 mil hombres); la ENCODAT 2016 reporta que 303 mil hidalguenses son fumadores actuales, de los cuales 74 mil son mujeres y 229 mil son hombres, de los cuales 58 mil fuman diariamente y 245 mil fuman de manera ocasional.

Con respecto al consumo de alcohol alrededor del 52.7% de estudiantes encuestados de la población estudiantil han consumido alcohol alguna vez en su vida y al menos el 16% ha consumido alcohol excesivamente, lo que corresponde a 480 alumnos aproximadamente. Por nivel educativo, 8.6% de los alumnos de secundaria tiene un consumo problemático y se incrementa en bachillerato a 28.1%.

En cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol por sexo, las mujeres han presentado un incremento significativo, 54.9% hombres y 50.3% mujeres ha consumido alcohol alguna vez en su vida. Con respecto a los estudiantes encuestados de primaria, cerca del 20.8% ha probado una bebida alcohólica alguna vez en su vida y 3% ha presentado consumo excesivo de alcohol, lo que corresponde a 240 y 35 alumnos respectivamente. Aproximadamente el 2.4% de la población en el estado de Hidalgo consume diario alcohol y cerca del 4.7% es consuetudinario. Se observa que el 33.1% de hidalguenses consumió alcohol en exceso en el último año, y el 15.2% lo hizo en el último mes (ENCODAT 2016). Estas cifras nos dan un acercamiento del consumo de alcohol en el Estado de Hidalgo donde está muy arraigado este hábito en contextos laborales, familiares, recreativos que normalizan el consumo y las consecuencias asociadas a éste; los adolescentes de igual manera han seguido este hábito y se percibe la importancia de dar seguimiento a estas cifras mencionada anteriormente para generar estrategias que impacten a esta población.

Con el contexto arriba mencionado se puede percibir que el consumo de sustancias psicoactivas es un importante problema de salud pública, debido a que hay una cantidad significativa de personas que sufren problemáticas asociadas al consumo; estas estadísticas nos han brindado un acercamiento a este fenómeno que afecta tanto población adulta como adolescente. El Estado de Hidalgo no ha sido la excepción y ha continuado con la tendencia del aumento de consumo de sustancias, principalmente en la población adolescente. En el siguiente capítulo se describirán los principales conceptos del tema que se está revisando, que son el consumo de sustancias psicoactivas.

1.2 DROGAS

1.2.1. Definición

Por droga entendemos, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste (Kramer & Cameron, 1975) y por droga psicoactiva “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral (Schuckit, 2000).

Dentro de estas definiciones se encuentran todas las sustancias psicoactivas, sean legales (alcohol, tabaco, fármacos hipnosedantes, entre otras) o estén consideradas ilegales por las convenciones y tratados sobre sustancias psicotrópicas, que incluyen en sus listas, entre otras muchas, al cannabis, la cocaína, las anfetaminas y la heroína.

El consumo de drogas el día de hoy acarrea un gran número de problemas a las personas que las consumen como enfermedades, conductas violentas, delitos que repercuten no sólo en la esfera personal, sino que se extiende a las esfera familiar, social, sanitaria y orden público. Hoy sabemos que el consumo de drogas, tanto las de tipo legal (alcohol, tabaco) como las de tipo ilegal (cocaína, metanfetaminas) tienen una alta prevalencia y una importante morbi-mortalidad en muchos de sus consumidores.

1.2.2 Clasificación de las drogas

Para clasificar las drogas se pueden seguir diferentes criterios, por ejemplo, por su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), por su estructura química, por su acción farmacológica, por el medio sociocultural (legales-ilegales, duras-blandas) o con respecto al sujeto. La American Psychiatric Association en el año 2000 consideró 11 clases de drogas: alcohol, anfetaminas o simpaticomiméticas, cannabis, alucinógenos, inhalantes, cocaína, opiáceos, fenciclidina (PCP), sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, nicotina; y en el año 2012 la UNODC publica las nuevas drogas vendidas en el mercado: cannabinoides sintéticos, catinonas sintéticas, ketamina, fenetilaminas, piperazinas, sustancias de origen vegetal (kratom, salvia, khat).

Otra de las clasificaciones más utilizadas es la de Schuckit, que las agrupa de la siguiente manera:

Tabla 1

Clasificación de las drogas de acuerdo al efecto que producen, SCHUCKIT (2000).

Clase	Ejemplos
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, benzodiazepinas
Estimulantes o simpaticomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, cocaína, sustancias para bajar de peso, tabaco
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona, prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, Hachis
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA).
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores.
Otros	Fenciclidina (PCP)

Por lo que se ha descrito hasta aquí hay un importante tipo de drogas, sin embargo, se conoce la relevancia de las mismas en el ser humano por los niveles de prevalencia existentes de su consumo y de los efectos que producen en el organismo humano a nivel de morbi-mortalidad y otros problemas asociados con su consumo. De ellas podemos destacar primero las legales, luego la marihuana, la cocaína, las drogas de síntesis, que van desde los mayores niveles de prevalencia a los problemas más graves e inmediatos que producen en los individuos.

1.3 PATRÓN DE CONSUMO

Muy frecuentemente tiende a identificarse al consumidor de sustancias como “adicto” y sin embargo hay diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos. La mayor parte de la población mundial no usa drogas, de entre quienes llegan a probarlas, un grupo las seguirá usando regularmente y, de estos,

una fracción desarrollará patrones de abuso y dependencia. Existen diferentes patrones en el desarrollo de los trastornos por dependencia, clásicamente se describe un patrón evolutivo que se inicia con una actividad voluntaria, de uso social o recreativo y que en su inicio prevalece el efecto positivo y placentero.

En algunas personas, paulatinamente la motivación del consumo va cambiando y la persona pasa de consumir con el deseo de experimentar placer a hacerlo para evitar el malestar, o para simplemente estar bien o sentirse “normal”. Este proceso suele llevar aparejado un aumento de la intensidad de la dosis y de la frecuencia de consumo. Finalmente, una proporción de consumidores pierde el control sobre el uso y se tornan compulsivos e incapaces de dejar de usar las drogas a pesar de ser conscientes del daño que les producen.

Esta transición de unas primeras etapas de uso, a la de uso problemático y a la dependencia, está interrelacionada entre el individuo, su ambiente y la propia sustancia. Esta interrelación entre la persona, el entorno social y la sustancia consumida, así como las consecuencias que se derivan del modo de consumo, comprende un amplio espectro de posibles combinaciones y resultados. A continuación se describe este patrón de consumo descrito por la OMS (1982): uso, abuso o uso perjudicial y dependencia.

1.3.1 Uso de drogas

Por uso de droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia (Becoña, 2002). Este tipo de consumo es el más habitual cuando se utiliza una droga de forma esporádica. El uso de sustancias ha sido definida por la OMS como autoadministración de una sustancia psicoactiva, sin embargo, esta definición no permite delimitar las características del uso, ya que una persona puede consumir alcohol una vez al año o a la semana, de manera que el uso del alcohol es variable. Por lo tanto, hay que agregar otras dimensiones al uso, como la frecuencia, cantidad, daño y manifestaciones clínicas asociadas al consumo. Al respecto, algunos autores han descrito estas dimensiones, y definen el uso como el consumo o utilización de sustancias de forma ocasional, aislada o episódica, sin regularidad de habitualidad, sin tolerancia y dependencia que no produce efectos médicos, sociales o familiares. Puede entenderse que el uso es todo tipo de conducta de consumo de sustancias en la cual, por la cantidad, frecuencia o la propia situación física, psicológica y social de la persona, no presentan consecuencias negativas en el consumidor ni en su entorno. Se trata, por lo tanto, de un uso experimental o no problemático. También el uso es entendido como el consumo esporádico y en dosis moderadas con la intención de experimentar, no habría efectos en la vida diaria o necesidad de compulsión (Becoña et al., 2011; Pérez, 2011; Pérez & Martín, 2007).

1.3.2 Abuso o Consumo perjudicial

El abuso puede definirse como cualquier conducta de consumo o sustancias que dañe, o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo o la sociedad en general. Es decir, cuando una persona abusa de algunas sustancias, su consumo puede ser frecuente u ocasional, pero tiene consecuencias en áreas de su vida; además, presenta un daño en su salud física y mental. Cabe señalar que en el caso de las drogas ilegales, su consumo se da de manera discreta de forma que lo ocultan, y su prohibición llega a ser más atractiva para ellos generando daños en su vida. Los criterios para el abuso de sustancias según el DSM-IV-TR son los siguientes:

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses.
 - 1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
 - 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir el automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
 - 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
 - 4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

1.3.3 Dependencia

La dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo. Por dependencia, síndrome de dependencia, según la CIE-10 (OMS, 1992) se entiende: un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación

característica del síndrome de dependencia es el deseo a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.

Según la CIE-10, el diagnóstico de dependencia de una droga, no sólo debe hacerse si durante algún momento de los últimos 12 meses, o de un modo continuo, han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos: a) deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia; b) disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida; c) síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese; d) tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originariamente producían dosis más bajas; e) abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos; f) persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales a nivel de salud física (ejemplo, cirrosis hepática), salud mental (ejemplo, depresión), deterioro cognitivo, etc.

Los criterios de la CIE-10 sugieren la existencia de dependencia física, psicológica y social en una persona, pero no como elementos separados sino como complementarios y entrelazados. Así, tendríamos los factores físicos (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia), los psicológicos (aprendizaje y características personales) y los sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente). Tanto las clasificaciones de la CIE de la OMS, como otros autores relevantes, han diferenciado siempre la dependencia física de la psíquica. Dentro de la dependencia física los dos aspectos principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia. La CIE-10 define la dependencia física como el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Por dependencia psíquica o psicológica se entiende la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar el malestar. Para el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) la dependencia de una droga se caracteriza por:

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses.
 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

- b. el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
 5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
 6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas asociado al consumo de la sustancia.
 7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

1.4 ADICCIONES

1.4.1 Adicción a sustancias psicoactivas

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre, fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, utilizar el opio para el dolor., son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia o sigue utilizando. Más actualmente, junto a las anteriores y sus derivados industriales o químicos, destacan las nuevas adicciones. Unas están derivadas de sustancias, como el caso de la heroína, la cocaína, las drogas de diseño, el LSD, entre las más importantes, y otras son adicciones comportamentales, sin sustancias, como resultado de nuestra sociedad tecnológica, como la adicción a internet, al juego de azar, al teléfono móvil, al sexo, a las compras y demás conductas que pueden llegar a ser adictivas. Por ello, en los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica) y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que, ingeridas por un individuo tenían la potencialidad de producir dependencia. Una característica común y central a las

conductas adictivas, es la pérdida de control, la persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, además de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o lo fuercen a buscarlo. Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular, 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta, 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer, 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) en 2008 definió a la adicción como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas. El mayor problema que tienen las adicciones no son sólo los efectos que producen a corto plazo. El problema está en los efectos que producen a medio y largo plazo. Así, muchos fumadores de cigarrillos morirán años después de fumar ininterrumpidamente de cáncer de pulmón o de enfermedades cardiovasculares; muchos bebedores excesivos de alcohol o personas con dependencia al alcohol morirán de enfermedades hepáticas o de accidentes; muchas personas dependientes de la heroína o de la cocaína morirán de enfermedades causadas por ellas, como ha ocurrido y está ocurriendo con el Sida, la hepatitis, infecciones, etc., aparte de los problemas sociales que causan en forma de robo, extorsión, problemas legales, familiares, etc. Lo mismo podemos decir de otras adicciones, donde en muchos casos la ruina económica es un paso previo al resto de los problemas legales, familiares, físicos, etc.

El primer aspecto que está presente en todas las conductas adictivas es la compulsión o pérdida de control. El segundo aspecto son los síntomas de abstinencia, por síndrome de abstinencia se entiende (Becoña, 2008), referido a las sustancias psicoactivas, que es un estado clínico (conjunto de signos y síntomas) que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción a través de la administración de un antagonista específico. El tercer aspecto es el de tolerancia, consiste en el proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio. El cuarto aspecto es el de intoxicación, que se produce en todas las sustancias químicas; es un estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, sus síntomas se expresan a través de alteraciones en el nivel de la conciencia, de la cognición, de la percepción, en el juicio, en los afectos, en el comportamiento, así como en otras respuestas psicofisiológicas (WHO, 1994), en este estado la persona parece que se encuentra fuera de sí, como si fuera otra (Jacobs, 1989). El quinto aspecto que consideramos significativo se refiere a que el individuo con una adicción padece

graves problemas en la esfera física y/o sanitaria, en la esfera personal, familiar, laboral y social. Estos problemas, en mayor o menor grado están presentes en todas las conductas adictivas.

1.4.2 Trastorno por consumo de sustancias

En el tema de drogas, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión 5 (DSM V) ha supuesto cambios significativos en relación a su predecesor DSM IV. El cambio más relevante es la desaparición de las categorías “abuso” y “dependencia”, pasando a una conceptualización dimensional donde existe una única área subyacente a los trastornos por consumo de sustancias. Para establecer ese diagnóstico es necesario, como mínimo, cumplir dos ítems de los 11 propuestos para ya enunciar que existe un trastorno por consumo de sustancias, estableciendo un continuum de leve (dos o más síntomas), moderado (cuatro o cinco síntomas) y grave (más de seis síntomas). Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias. Los criterios para diagnosticar el trastorno por consumo de sustancias son los siguientes:

1. Se consume con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir
5. Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
7. El consumo provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida como una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
11. Abstinencia, manifestada por ingesta reciente de la sustancia y comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos que aparecen después de la ingesta.

Cabe señalar, que estos criterios se enfocan a cada sustancia de manera particular, sin embargo, en esta lista se trató de englobar todas las sustancias psicoactivas para no colocar criterios de las diez sustancias mencionados en el DSM 5.

1.5 CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas, legales e ilegales, constituye un problema de salud pública muy importante, los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia. Además, es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de conocimiento o experiencia del usuario, su motivación y las propiedades específicas de cada droga, así como la influencia de los elementos contextuales del sujeto (Falk, 1996). A continuación, se describen algunas de las consecuencias a la salud y sociales más relevantes del consumo de sustancias psicoactivas.

1.5.1 Consecuencias en la salud

Enfermedades Orgánicas

Las enfermedades orgánicas asociadas al consumo de drogas son cada vez más frecuentes y variadas, y llegan a afectar diferentes órganos y sistemas, lo cual produce un importante índice de mortalidad y ocasiona elevados gastos al sistema de salud pública de cualquier país. Las enfermedades orgánicas comprenden diversas patologías que dependen de diferentes factores como el patrón de consumo, efectos químicos de las sustancias, vías de administración y contexto. El daño orgánico es una especialidad que se debe incorporar en los servicios de atención de usuarios con consumo problemático o adicción, ya que es importante determinar el grado de afectación en un órgano o sistema; si no se atiende oportunamente, puede evolucionar a una discapacidad y llegar hasta la muerte. A continuación, se describen de manera general las principales patologías orgánicas comórbidas al consumo de drogas que refieren médicos especialistas en el campo (Climent, Gago, González y Herrera, 2011; Parés y Caballería, 2002; Pereiro, 2006).

Patología respiratoria secundaria al consumo de drogas: Enfermedad pulmonar crónica (EPOC), es una enfermedad caracterizada por la obstrucción crónica progresiva del flujo aéreo. La mayoría de casos de EPOC se pueden atribuir al tabaquismo. Los síntomas generalmente aparecen cuando la obstrucción es más grave. La disnea de esfuerzo es el síntoma más frecuente y progresa hasta hacerse finalmente de reposo.

Afectación pulmonar de las drogas inhaladas: Fumar cocaína expone al pulmón directamente a la droga y a los productos de la combustión de la sustancia fumada. Puede aparecer tos, dolor torácico, hemoptisis (expectoración de sangre) y broncoespasmo o desencadenamiento de una crisis asmática. La marihuana fumada produce metaplasia (transformación patológica de un tejido) de la mucosa

branquial; en el caso de la heroína inhalada, puede provocar un broncoespasmo que puede llegar a ser severo con insuficiencia respiratoria.

Patología neurológica secundaria al consumo de drogas: Las complicaciones neurológicas, junto con las cardiovasculares son los principales eventos toxicológicos secundarios al consumo de sustancias. La cefalea es una consecuencia frecuente que puede ser ocasionada por la sinusitis crónica por inhalación de cocaína. La aparición de accidentes vasculares cerebrales y las crisis convulsivas asociadas al consumo también se presentan de forma frecuente. Las crisis pueden suceder tras el consumo de una sola dosis y ocasionar secuelas neurológicas o incluso llevar a la muerte. El policonsumo también puede ocasionar una crisis epiléptica. Se han descrito otros cuadros clínicos neurológicos debidos al consumo de sustancias, principalmente con la cocaína, como manifestaciones piramidales (tics, contracciones musculares, movimientos involuntarios) y vasculitis cerebral (afectación de los vasos del sistema nervioso central).

La atrofia cerebral se puede producir como una consecuencia tras el consumo crónico de diferentes sustancias, incluyendo la cocaína, anfetaminas, opiáceos, alcohol y solventes. La leucoencefalopatía aguda es una alteración estructural de la sustancia blanca donde se lesiona principalmente la mielina. Los síntomas incluyen desde un estado confusional, pérdida de memoria, demencia, abulia, estupor y coma. Particularmente del abuso crónico de alcohol puede asociarse a la aparición de numerosas patologías como temblores, convulsiones, alucinaciones, delirium tremens, encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, demencia alcohólica, etc.

Patología cardiológica secundaria al consumo de drogas: El síndrome coronario agudo es la complicación cardíaca más frecuente secundaria al consumo de cocaína, ocasiona bradicardias, taquicardias, fibrilación e hipertensión arterial. La vía intravenosa en el consumo de sustancias puede producir, si se punciona una arteria, cuadros de oclusión (cierre o estrechamiento que impide o dificulta el paso de un fluido por una vía o conducto) o aneurisma (dilatación anormal de las paredes de una arteria o una vena).

Patología digestiva secundaria al consumo de drogas: En el aparato digestivo, los trastornos más comunes por el consumo de sustancias son las náuseas, vómitos, diarrea y anorexia. Se han descrito complicaciones isquémicas a nivel intestinal por los mecanismos de vasoconstricción secundarios. Los opiáceos producen disminución de las secreciones a lo largo de todo el tracto digestivo, aumento del tono del músculo liso intestinal y disminución del peristaltismo (movimiento intestinal producido por contracciones musculares rítmicas y coordinadas que facilita la progresión del bolo alimentario y luego fecal), lo cual conlleva la aparición de síntomas como sequedad bucal, náuseas, vómitos, disminución de apetito y, principalmente, estreñimiento. El consumo de alcohol provoca lesión inflamatoria del epitelio digestivo, alteración de la secreción ácida gástrica y riesgo de reflujo gastroesofágico. Estos trastornos causan esofagitis y gastritis con la aparición de náuseas, acidez, síndrome de indigestión, etc.

Patología musculoesquelética secundaria al consumo de drogas: La rabdomiólisis aguda (descomposición de las fibras musculares) es una complicación del consumo de drogas producida por toxicidad muscular directa, isquemia muscular, miositis (inflamación del tejido muscular) aumento de la actividad muscular y traumatismo directo. El consumo de cocaína puede producir la rabdomiólisis.

Patología obstétrica secundaria al consumo de drogas: El consumo de cocaína durante el embarazo se asocia a un riesgo elevado de aborto, muerte fetal intrauterina, inmadurez fetal, síndrome de muerte súbita neonatal, bajo peso al nacimiento y malformaciones congénitas. El alcohol produce el síndrome alcohólico fetal y anomalías del neurodesarrollo. El consumo de heroína puede provocar abortos espontáneos, eclampsia, muerte intrauterina, desprendimiento prematuro de placenta, entre otras.

Patología nefrológica secundaria al consumo de drogas: Se han descrito diferentes tipos de alteraciones renales entre los consumidores de sustancias debido a su acción vasoconstrictora; infartos renales, trastornos del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base.

Patología otorrinolaringológica secundaria al consumo de drogas: Derivado del consumo de cocaína se puede producir la perforación del tabique nasal y el paladar, infecciones secundarias como la rinitis, laringitis, sinusitis y esteítis.

Patología oftálmica secundaria al consumo de drogas: El consumo de cocaína puede producir alteraciones vasculares como vasoespasmos y trombosis de la arteria central de la retina. El uso de cannabis y heroína puede producir irritación conjuntival y xerosis (sequedad de la conjuntiva). La miosis o midriasis (contracción anormal de la pupila) producida por diferentes sustancias provoca alteraciones en la agudeza visual.

Enfermedades infecciosas

En el caso de los trastornos por consumo de sustancias existen diversas enfermedades infecciosas asociadas que se describen a continuación:

Hepatitis víricas: Distintos tipos de hepatitis víricas se relacionan con la administración de drogas por vía intravenosa. Además de las hepatitis B y C existen otras formas de hepatitis, como la Delta y por virus G, las cuáles también se presentan en las personas que utilizan drogas por vía parenteral. La transmisión de las hepatitis virales en las personas que consumen sustancias se relacionan con la utilización de agujas intravenosas y todos los utensilios asociados con el consumo de drogas ilegales.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH): El VIH es un retrovirus que produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida). Se transmite principalmente por vía sexual, pero también por vía parenteral y perinatal (contagio durante el periodo de gestación, parto y exposición a leche materna). La infección por VIH en personas que emplean drogas por vía parenteral se transmite al compartir material utilizado

en la venopunción con individuos seropositivos, aunque también a través de relaciones sexuales. El material de la inyección puede compartirse de diferentes maneras; ya sea de forma directa (intercambiando jeringuillas o las agujas con que se inyectan) o indirecta, al utilizar en conjunto otras materias empleadas en la preparación de la sustancia; filtros, recipientes para la disolución, agua o la misma sustancia diluida. El periodo de tiempo entre la infección aguda y el sida puede durar hasta 10 años, y se pueden presentar síntomas como parálisis facial periférica, herpes zoster (enrojecimiento, descamación, picor, y seborrea en ciertas partes del cuerpo) o candidiasis de mucosas (infección por hongos). Las variables que pueden influir en una evolución más rápida del VIH al sida, son otras infecciones como las originadas por el virus de la hepatitis C, el consumo de drogas como la heroína o morfina, la edad de la persona y algunas características del VIH infectante. Los tratamientos antirretrovirales han sido eficaces y con un gran beneficio clínico en los individuos más sintomáticos con enfermedad avanzada por VIH e inmunosupresión importante, lo cual ha contribuido también a la disminución de los casos del Sida (Pedreira y Castro, 2006).

Tétanos y botulismo: Personas que consumen sustancias sin tener un acceso venoso adecuado y se inyectan sustancias en el músculo, el tejido subcutáneo está en riesgo de desarrollar enfermedades mediadas por toxinas como el tétanos y el botulismo. Manifestaciones del tétanos: inhibición de la liberación de neurotransmisores liberados en las terminales presinápticas, en ausencia de esta liberación, el sistema motor genera espasmos musculares persistentes e intensos.

En el caso del botulismo se puede producir fiebre, náuseas, vómitos, diarrea, visión borrosa, disartria y disfagia.

Otras enfermedades de transmisión sexual: El abuso de drogas puede modificar la conducta sexual debido principalmente a las propiedades estimulantes de algunas drogas, lo cual conlleva a un aumento en las prácticas sexuales de riesgo. El consumo de drogas aumenta el riesgo de contraer o transmitir infecciones virales, ya que ciertos virus se transmiten a través de la sangre u otros líquidos corporales, lo cual sucede cuando una persona se inyecta drogas y comparte agujas u otros materiales usados para el consumo, y cuando las drogas afectan la capacidad de juicio y las personas no utilizan ningún método de protección de protección al involucrarse con parejas infectadas. Las infecciones virales más preocupantes con el consumo de drogas son el VIH y la hepatitis. En cuanto al virus del papiloma humano, también ha aumentado por aparición entre hombres y mujeres. Los problemas de salud relacionados con esta enfermedad incluyen las verrugas genitales y el cáncer de cuello uterino. Las personas infectadas con VIH tienen mayores probabilidades de presentar el VIH debido a los problemas con su sistema inmune. En el caso del Herpes tipo 2, los síntomas generales incluyen disminución del apetito, fiebre, dolores musculares, ganglios linfáticos inflamados y ampollas o llagas en los genitales u otras partes del cuerpo. La infección por el virus herpes tipo 2 representa un factor de riesgo de transmisión del VIH. Las enfermedades de transmisión sexual relacionadas con el consumo de drogas están con mayor prevalencia el VIH hepatitis, sífilis, virus del papiloma humano, herpes tipo 2. En el

caso de la sífilis, las manifestaciones clínicas son similares a las de la población en general: erupciones cutáneas, úlceras en la boca, vagina o pene, condilomas en los órganos genitales, fiebre, aneurismas, trastornos del sistema nervioso central y tumores de la piel huesos e hígado.

1.5.2 Consecuencias sociales

Violencia

La Organización Mundial de la Salud precisa que la violencia es el uso intencional de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2003). La definición comprende tanto la violencia interpersonal, el comportamiento suicida y los conflictos armados. Abarca también una amplia gama de actos que van desde el nivel físico hasta las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, la definición implica innumerables consecuencias del comportamiento violento como daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.

La violencia es otra consecuencia social importante que se relaciona con el consumo de drogas, y puede manifestarse de diferentes maneras. Por una parte, una persona intoxicada, se coloca en riesgo mayor de ser víctima de violencia, y por otra, bajo estado de intoxicación aguda, se incrementa el riesgo de que el individuo incurra en delitos o manifieste una conducta agresiva. Otra consecuencia relevante repercute en el ámbito familiar, la familia de un usuario de sustancias casi siempre se ve afectada en su intento de hacer frente al problema, sobre todo cuando, junto a la adicción, se producen conductas de carácter delictivo. El abanico de actitudes que se da entre los familiares ante la existencia de un familiar que consume drogas es muy amplio, desde el ocultamiento y la incompreensión, hasta el intento de encontrar soluciones con el apoyo de profesionales, pero en cualquier caso, el problema siempre plantea graves tensiones e importantes cargas económicas, en ocasiones insostenibles.

La violencia y el consumo de sustancias se correlacionan de modo significativo, tanto en los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de su manifestación, como en las consecuencias que inciden en el plano individual, familiar y social. El consumo de alcohol tiene estrecha relación con la violencia doméstica, el abandono, y el abuso infantil, la delincuencia y las conductas delictivas (OEA, 2015). La violencia y el uso de alcohol y otras drogas son problemáticas que se vinculan en un proceso circular, es decir, ninguna es causa de la otra, más bien, se inscriben en un amplio espectro de conductas, expresiones, gradientes y efectos. La violencia puede conducir al consumo de drogas como medio para enfrentar pérdidas cercanas o la victimización asociada a la comisión de delitos (Pérez, V. y Díaz, D., 2011). Jóvenes de educación media superior que usan drogas perciben más

violencia y han experimentado mayor impacto de la misma, tienen menor autocuidado y modifican menos sus hábitos de uso del tiempo libre; en comparación con los que no han usado de drogas, quienes ejercen autocuidado ante la violencia, aun cuando han estado menos expuestos y tienen una percepción más difusa de la misma (Pérez, Díaz y Fernández, 2014). Los trastornos por consumo de alcohol se asocian significativamente con la perpetración y victimización de la violencia de pareja (Smith, Homish, Leonard y Cornelius, 2012). En el caso de niñas, niños y adolescentes, la violencia en las familias se asocia con problemas de depresión, estrés postraumático, trastornos de la alimentación, comportamiento suicida, aislamiento social, consumo de alcohol y otras drogas (Caballero, et al., 2010).

Accidentes automovilísticos

En México el consumo de alcohol y drogas ilícitas constituyen un preocupante problema de salud pública, lo que se refleja en forma directa e indirecta en las principales causas de mortalidad como cirrosis hepática, lesiones, accidentes autoinflingidos y accidentes provocados por vehículos motorizados.

Una de las consecuencias sociales más frecuentes ocasionada por el consumo de drogas es la ocurrencia de accidentes. Por ejemplo, en el caso de los accidentes automovilísticos, la principal preocupación relacionada por conducir bajo el efecto de las drogas, es que cualquier droga que actúa sobre el cerebro puede deteriorar la destreza motora, la capacidad de reaccionar a tiempo y el juicio. El conducir bajo el efecto de las drogas constituye una preocupación en el área de la salud pública, ya que no sólo existe el riesgo en el conductor, sino en los pasajeros y en los usuarios de la carretera.

En México, según datos estadísticos del INEGI (2007) han ido en aumento las muertes por accidentes y traumatismos y por consiguiente, es una de las causas de morbi-mortalidad. De acuerdo con estadísticas de la Asociación Nacional de Seguridad y Emergencias (ANSE), el 70% de los percances automovilísticos se relacionan con el consumo de alcohol y se dan principalmente entre jóvenes. De acuerdo con estudios de organismos internacionales en materia de vialidad, México ocupa el séptimo lugar a nivel mundial en muertes por accidentes de tráfico (Roy Rojas; asesor de la Organización Panamericana de la salud). Este investigador detalló que en México los días jueves, viernes y sábado por la noche, se movilizan alrededor de 200 mil conductores bajo la influencia del alcohol y por este motivo mueren al año aproximadamente 24 mil personas en accidentes automovilísticos relacionados con el consumo de alcohol.

Los efectos que cada droga tiene sobre la capacidad para conducir son diferentes y dependen de la manera en que la droga actúa en el cerebro. Por ejemplo, la marihuana puede disminuir la coordinación, el tiempo de reacción y la capacidad para evaluar tiempo y distancia. Los conductores que han consumido cocaína o metanfetaminas pueden conducir en forma agresiva o imprudente. Ciertos tipos de medicamentos recetados –incluidos los opioides y las benzodiazepinas- pueden

causar mareos y aletargamiento y disminuir el funcionamiento de las capacidades cognitivas. Todas estas deficiencias pueden causar accidentes de tránsito.

Algunos estudios han demostrado que la marihuana tiene efectos negativos en los conductores, entre ellos poca velocidad de reacción, un mayor zigzagueo entre carriles y falta de atención en la carretera. La combinación de alcohol con marihuana hace que la capacidad del conductor disminuya aún más y se aparte de su carril con mayor frecuencia. Algunos estudios indican que los opioides pueden causar aletargamiento o somnolencia y disminuir la capacidad de juicio y la habilidad para pensar. Otros estudios revelaron que conducir bajo el efecto de opioides pueden duplicar las probabilidades de sufrir accidentes.

Problemas legales por consumo

El consumo de sustancias psicoactivas trae consigo problemas legales que se pueden traducir en accidentes automovilísticos, actos violentos, prisión y encarcelamientos, por mencionar algunos. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Población Privada de su Libertad (ENPOL) 2016 que realizó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 338 Centros Penitenciarios en el ámbito federal, estatal y municipal en el país, dentro de los antecedentes sociales y familiares antes de los 15 años de edad: En el 32.8% de los casos sus padres o los adultos que los cuidaban consumían alcohol frecuentemente, en el 55% de los casos estas figuras consumían drogas frecuentemente. Esta encuesta también identificó que 12.9% de la población recluida con antecedentes penales, fue sentenciada por el delito de posesión ilegal de drogas la última vez que fue juzgada penalmente (segundo mayor porcentaje; el robo fue el que representó el porcentaje más alto con el 60% y en tercer lugar se ubicó la portación ilegal de armas con 9.7% de las sentencias). En cuanto a los delitos por los cuales se encontraban en ese momento privados de su libertad: El 11.4% de los procesados y 6.5% de los sentenciados fueron por el delito de posesión ilegal de drogas y el 5.9% de los procesados y el 3.2% de los sentenciados fueron por el delito de comercio ilegal de drogas.

En Los Estados Unidos de Norteamérica se desarrollaron sistemas de administración para acelerar el procesamiento de casos vinculados con el consumo de droga y alcohol. Actualmente operan más de 2,663 cortes de drogas en ese país, siendo su crecimiento exponencial durante la década de los años noventa. Se identificaron las penas por posesión y venta de drogas, medida que ayudó poco a reducir el consumo; las cárceles quedaron sin capacidad para albergar criminales violentos.

En México los Tribunales para el Tratamiento de Adicciones (TTA) son un mecanismo de justicia alternativa que permite que una persona que cometió un delito no calificado como grave y que se acredite que este hecho está vinculado con el abuso o dependencia de alguna sustancia, se someta a un tratamiento de atención a las adicciones en lugar de que sea sancionado con pena privativa de la

libertad. El tratamiento se efectuará bajo supervisión judicial, directa y periódica, a través de un esquema de coordinación entre el sistema de salud y el sistema de seguridad y justicia. No son tribunales especiales, sino que constituyen un programa que se desarrolla en bloques de audiencias, dentro de la agenda ordinaria de los juzgados penales o con el establecimiento de juzgados sobre la materia. Los TTA son tribunales ordinarios que en el esquema de la supervisión del proceso a prueba también denominado “suspensión condicional del proceso” resuelven casos de primodelincuentes que abusan o dependen de sustancias psicoactivas, y a causa de ello han cometido un delito menor, y disponen que tales sujetos reciban un tratamiento integral en adicciones y que atienda las conductas delictivas. Es importante enfatizar que dicho tratamiento, si bien es formalmente impuesto por un juez, debe ser aceptado voluntariamente por el imputado. En esencia, los TTA son tribunales ordinarios que están basados en el esquema legal de la suspensión del proceso denominado también “suspensión condicional del proceso”. Se resuelven casos de primodelincuentes que abusan o dependen de sustancias psicoactivas, y a causa de ello han cometido un delito menor, y disponen que tales sujetos reciban un tratamiento integral en adicciones y que atienda las conductas delictivas. Es importante enfatizar que dicho tratamiento, si bien es formalmente impuesto por un juez, debe ser aceptado voluntariamente por el imputado. Se otorgan servicios de tratamiento integral, individualizado e interdisciplinario, con énfasis en el consumo problemático de sustancias psicoactivas, orientadas a la identificación de factores y la solución de problemas que se asocian a la comisión de delitos menores.

Uno de los objetivos que justifican la implementación del TTA es la reinserción social del participante, la cual implica lograr que el individuo desista de cometer conductas delictivas y que tenga acceso a un empleo, capacitación, nivelación escolar, actividades deportivas y culturales, y apoyo terapéutico para optimizar sus relaciones personales.

Los tribunales para el tratamiento de adicciones se dirigen a las siguientes personas: los que tengan problemas de abuso o dependencia de sustancias ilegales o alcohol, y a causa de ellos hayan cometido un delito menor tal como la violencia familiar, lesiones leves y otros. Relación causal que incluye no únicamente que, al cometer el ilícito, estuvieran bajo el influjo de sustancias como las enunciadas, sino también en síndrome de abstinencia o con alteraciones en la conducta o con emociones provocadas por los mencionados; A primodelincuentes, es decir, personas que carezcan de antecedentes delictivos, y que, tras violar normas de conducta social o agredir a terceros, no tengan un patrón repetitivo de conductas delictivas con ausencia o falta de percepción de culpa; A quienes pudieran beneficiarse del modelo de atención sanitaria que brindan los servicios de salud que operan en los TTA; servicios que pueden variar dependiendo cada entidad. Lo anterior, con apoyo en la evidencia científica que demuestre la efectividad de las acciones sanitarias en las personas que sean candidatas a recibir atención.

Comorbilidad Psiquiátrica (Patología Dual)

La comorbilidad psiquiátrica en las adicciones, también llamada trastorno dual o patología dual hace referencia a la coexistencia en un mismo sujeto de una dependencia de sustancias junto con otro trastorno mental. Las personas con comorbilidad presentan mayor gravedad psicopatológica y psicosocial, mayores tasas de recaídas, menor adherencia al tratamiento, mayor complejidad en el consumo, mayor riesgo de suicidio y peores condiciones de salud física. Utilizan más los servicios sanitarios y sociales y su situación laboral es precaria, lo que empeora el pronóstico. Se halló en un estudio del Epidemiologic Catchment Area (ECA) en 1990 que los sujetos dependientes de sustancias presentan un riesgo 4 veces mayor de padecer otro trastorno mental asociado, y las personas con una enfermedad mental tienen 4,5 veces más riesgo de padecer una dependencia. El National Survey of Mental Health and Well Being australiano (2002) observó que el 36,5% de la muestra de los que presentaban un trastorno por uso de alcohol presentaban otro trastorno psiquiátrico asociado, siendo el más frecuente la depresión. Otro gran estudio norteamericano, el National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) en 2012 encontró trastorno por uso de sustancias en personas con trastorno mental grave en el 33,3%.

El consumo de sustancias aumenta los costos de atención a la salud debido a que aumenta el riesgo de muchas condiciones como lesiones relacionadas con la intoxicación (accidentes, violencia), enfermedades infecciosas (sida, hepatitis B y C) y crónicas (cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, así como desarrollo de uso nocivo, abuso y dependencia.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS,1995) la comorbilidad o diagnóstico dual se define como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y un trastorno psiquiátrico. Puede ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las 2 enfermedades que puede empeorar la evolución y pronóstico de ambas (NIDA, 2011).

La comorbilidad de los trastornos por el consumo de sustancias con otros trastornos mentales presenta una alta prevalencia que se ha documentado a nivel nacional e internacional (Medina Mora, 2009; SAMHSA, 2002; SAMHSA, 2005). Se tienen datos que señalan que las personas que consumen sustancias tienen el doble de probabilidad de sufrir trastornos en sus estados de ánimo o niveles de ansiedad (NIDA, 2011), o bien, también se ha encontrado que las personas con trastornos afectivos y ansiosos presentan 2.7 y 2.4 veces más probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias, donde las mujeres muestran mayor riesgo en comparación con los hombres (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003).

La investigación y detección de un diagnóstico dual es importante debido a que las personas con este tipo de comorbilidad desarrollan mayor gravedad de la sintomatología adictiva y psiquiátrica, lo cual se relaciona con un deterioro en la calidad de vida que puede llevar a suicidios, recaídas, hospitalizaciones, consumo

de drogas inyectables, conductas sexuales de riesgo, contagio de enfermedades de transmisión sexual, conducta violenta, indigencia y vagabundeo y otro tipo de problemas de tipo individual o social (Martin y Medina Mora, 2018).

La OMS (2004) y el NIDA (2011) señalan algunas premisas por las cuáles resulta común que los trastornos por consumo de drogas y los trastornos mentales se presenten de manera concurrente. Particularmente en México, los trastornos mentales que presentan mayor comorbilidad con los del consumo de sustancias son el trastorno afectivo, de ansiedad y del impulso; en esta categoría se agruparon los trastornos por déficit de atención, de conducta y oposicionista (Marín, et al, 2013; Medina-Mora, 2009). Un dato importante es que, si se considera únicamente a la población con abuso o dependencia de sustancias ilícitas, la comorbilidad aumenta a 56%, es decir, la probabilidad de una persona con trastorno por uso de sustancias ilícitas de padecer también un trastorno mental es mayor que cuando la dependencia es solamente al alcohol (Medina-Mora, 2009).

Respecto a la etiología de la adicción, existen datos que señalan que los trastornos psiquiátricos suelen presentarse antes que los trastornos por consumo de sustancias, sobre todo, en los trastornos de ansiedad y los afectivos (Caraveo, 2002; Martín, et al, 2013). Sin embargo, los síntomas de ambos trastornos interactúan y se condicionan mutuamente. Por ello, se hace evidente la necesidad de generar más investigaciones científicas, que permitan realizar un diagnóstico más preciso, y, por lo tanto, un tratamiento oportuno y eficaz desde un enfoque integral y multidisciplinario.

Los pacientes con comorbilidad del consumo de sustancias y los trastornos mentales presentan altos niveles de gravedad sintomatológica que los mantiene la mayor parte del tiempo en fases agudas. Por ello, en la mayoría de los casos, requieren atención residencial para la estabilización de la sintomatología; este procedimiento es más costoso que el ambulatorio y generalmente está fuera del alcance de la mayoría de las personas. Además, en lo que se refiere a la atención residencial de las adicciones, en México existen escasos establecimientos de atención residencial que cuenten con el reconocimiento de la Secretaría de Salud, lo cual complica más la atención de la problemática. La mayoría de las clínicas de atención residencial trabajan con un modelo de tratamiento basado en la ayuda mutua, donde la atención médica sólo se ocupa en el manejo agudo de la desintoxicación, lo cual es una limitante para el tratamiento de la comorbilidad. El desconocimiento del manejo clínico de las personas con comorbilidad y la ausencia de profesionales calificados en el área ocasionan malas prácticas, rechazo y estigmatización de las personas afectadas.

1.6 *ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES*

1.6.1 Promoción de la salud

De acuerdo a la OMS en el año 2000, la promoción de la salud es el proceso que facilita herramientas a las personas para controlar su salud y mejorarla, al involucrar acciones que apoyan a los individuos a adoptar y mantener estilos de vida saludables y generar condiciones de vida y ambientes que apoyen la salud. La salud es vista, desde el enfoque de la promoción de la salud, no sólo como la ausencia de una enfermedad, sino como un equilibrio en las áreas más significativas de la vida como la física, psicológica, social y económica, entre otras.

Las estrategias de promoción de la salud suponen la acción necesaria ante las necesidades sociales en torno a la salud, y su implementación pretende ejercer una protección de manera individual y grupal. Las acciones en la promoción de salud se dirigen a mejorar o crear los medios que permitan a la población desarrollar mejores condiciones para una salud óptima. Dichas condiciones pueden ser capacidades físicas, actitudes, hábitos, por mencionar algunas.

El concepto de promoción de la salud es muy importante, ya que conlleva todo lo que se hace desde el gobierno, la iniciativa privada y la participación social o voluntaria, para tratar el uso, abuso o dependencia de drogas; ya sea en pos de evitar su consumo por primera vez o promover que se deje de consumir. En 1986, se llevó a cabo la primera conferencia internacional sobre promoción de salud y se identifican 5 estrategias que actualmente siguen siendo el diseño básico para la promoción de la salud, y se plasmaron en la carta de Ottawa: Conformar políticas públicas saludables, crear ambientes de apoyo, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios de salud.

En este sentido, 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 encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, 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, mejorarlos.

Una cualidad de la Promoción de la Salud es su carácter anticipatorio, es decir, la virtud de prever y prevenir el desarrollo natural de la enfermedad, las acciones de Promoción de la Salud tienen por objeto modificar los determinantes de la salud. Los resultados de esta acción se reflejan en mejoras en la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas. Invertir en Promoción de la Salud brinda un mayor beneficio en salud, así como en un menor gasto.

Dentro del marco de promoción para la salud, se ha convenido que las acciones contenidas en los planes y programas para el control de las drogas a nivel nacional e internacional consideren 2 vertientes: Combate a la oferta, mediante la producción, distribución y tráfico de drogas; Reducción de la demanda, mediante la atención preventiva, tratamiento, reinserción social e investigación (Secretaría de Salud, 2013).

1.6.2 Prevención de adicciones

De acuerdo con las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas en el campo de las adicciones, se ha asumido que el consumo de sustancias obedece a múltiples factores que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que una persona use o abuse de las drogas. La prevención de adicciones es definida como un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas (Martin, 1995). Los programas de prevención como estrategias de intervención tienen como finalidad crear nuevos factores de protección y fortalecer los existentes mientras se revierten o reducen los factores de riesgo; la identificación y análisis de los determinantes sociales, así como de factores de riesgo y de protección, tienen importantes implicaciones por las metas de intervención en el control de las adicciones, como los modelos preventivos (Hawkins, 2002). La meta de los programas de prevención puede perseguirse en distintos escenarios; por ejemplo, si se llevan a cabo en escuelas, comunidades o centros de trabajo. Generalmente, las metas de prevención se designan o clasifican según la población a la cual se dirigen. Hay 3 fases en las estrategias de intervención en la prevención de adicciones: prevención universal, selectiva e indicada (Becoña, 2002).

Los programas de *prevención universal* han sido definidos como el conjunto de actividades que se diseñan para abarcar a todos los individuos de una población, sin contemplar si presentan mayor o menor número de factores de riesgo, lo cual abarca a sujetos que no ha sido identificados con problemas por el consumo de alguna sustancia. La efectividad de las intervenciones de prevención universal depende altamente de la comprensión científica de los factores de riesgo y protección, ya que éstos permitirán saber si la población a intervenir requiere este tipo de prevención o es necesario algo más específico y focalizado. Entre sus ventajas, se encuentra su bajo costo y que no requieren herramientas especiales de reclutamiento o incentivos para la participación de las personas (Becoña, 2002).

Para otro tipo de poblaciones y necesidades específicas, existen los programas de *prevención selectiva* los cuales representan un conjunto de acciones de trabajo que se dirigen a ciertos subgrupos de la población identificados como individuos en alto riesgo para el consumo de drogas (grupos vulnerables). Estos programas de prevención selectiva requieren la participación directa de los grupos vulnerables en actividades preventivas adecuadas a su situación. El objetivo principal es evitar el inicio del uso de drogas a partir del fortalecimiento de los factores de protección, de forma que sean empleados como recursos efectivos contra los factores de riesgo. Por ejemplo, la mayoría de los programas de prevención selectiva que se diseñan para jóvenes en alto riesgo utilizan principalmente la aproximación de entrenamiento de habilidades para la vida, como las habilidades sociales, control de emociones, comunicación, resistencia o rechazo al consumo, habilidades escolares, manejo adecuado del tiempo libre (Becoña, 2002). Una de las ventajas de las estrategias de prevención selectiva es que se dirigen solamente a quienes necesitan

desarrollar alguna de las habilidades consideradas importantes para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas; por lo tanto, las intervenciones de prevención selectiva permiten un uso más eficiente de los recursos. Una de las desventajas de los programas de prevención selectiva radican en las dificultades para la identificación y reclutamiento de las personas en alto riesgo.

Para aquellos individuos que han experimentado con drogas y muestran conductas problemáticas asociadas con el abuso de sustancias, existen los programas de *prevención indicada*. Los esfuerzos de este tipo de programas son semejantes a los de un tratamiento, pero se centran principalmente en prevenir la progresión de un desorden. Estos programas son generalmente más largos e intensivos que los programas de prevención selectiva y únicamente se conducen con personas identificadas como consumidores o abusadores de drogas. Una ventaja de la prevención indicada es que generalmente se trabaja sobre conductas claramente identificadas; por lo tanto, se puede realizar una evaluación de la efectividad de la intervención con mayor precisión. La desventaja radica en que estos programas, al ser más intensivos, requieren personal especializado en comportamiento adictivo (Becoña, 2002). Es importante que cualquier tipo de programa preventivo sea universal, selectivo e indicado tenga metas estructuradas, objetivas y factibles.

Las investigaciones sobre la prevención del National Institute of Drug Abuse (NIDA) han planteado algunos principios básicos para la implementación de los programas de prevención en sus 3 niveles (universal, selectiva e indicada) y en sus diferentes ámbitos (familia, escuela, comunidad), con la intención de ayudar a los profesionales de la salud a crear programas preventivos con mayor efectividad, además de ofrecer dirección y apoyo para la selección y adaptación eficaz de los programas de prevención ya existentes. Se resumen dichos principios de la siguiente manera:

- PRINCIPIO 1. Los programas de prevención mejoran los factores de protección y reducen los factores de riesgo.
- PRINCIPIO 2. Los programas de prevención se dirigen a todas las formas del abuso de drogas, incluyendo el consumo de drogas legales, el uso de drogas ilegales y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente como los medicamentos de prescripción.
- PRINCIPIO 3. Los programas de prevención se dirigen al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, se escogen los factores de riesgo que se pueden modificar, y se fortalecen los factores de protección que se conocen.
- PRINCIPIO 4. Los programas de prevención se diseñan para tratar riesgos específicos a las características de la población, tales como la edad, el sexo y la cultura.
- PRINCIPIO 5. Los programas de prevención para las familias deben mejorar las relaciones familiares e incluir habilidades para tener una mejor crianza; entrenamiento para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; y la información y educación sobre las drogas.

- PRINCIPIO 6. Se pueden diseñar los programas de prevención para una intervención temprana, como la etapa preescolar en donde enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa, y dificultades académicas.
- PRINCIPIO 7. Los programas de prevención para los niños de primaria deben ser dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico, y la deserción de los estudios. La educación puede enfocarse en las siguientes habilidades: auto-control, conciencia emocional, comunicación, solución de los problemas sociales, apoyo académico- especialmente en la lectura.
- PRINCIPIO 8. Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, auto-eficacia y reafirmación personal, habilidades para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes anti-drogas, fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de drogas.
- PRINCIPIO 9. Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general pueden enfocarse en puntos clave de transición, como la transición a la escuela media. Tales intervenciones no se dirigen a las poblaciones en riesgo en particular, y por lo tanto, reducen el encasillamiento y promueven los lazos fuertes con la escuela y con la comunidad.
- PRINCIPIO 10. Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficientes que un programa individual.
- PRINCIPIO 11. Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios ambientes –por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas, y los medios de comunicación– son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de los ambientes a lo largo de toda la comunidad.
- PRINCIPIO 12. Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, normas comunitarias, o diferentes requerimientos culturales, deben mantener los elementos básicos de la intervención original basada en la investigación, que incluyen: la estructura (cómo está organizado y compuesto el programa); el contenido (la información, las habilidades, y las estrategias del programa); y la introducción (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).
- PRINCIPIO 13. Los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención.
- PRINCIPIO 14. Los programas de prevención deben incluir entrenamiento a los profesores en la administración positiva de la clase, como la recompensa por la buena conducta del estudiante. Estas técnicas ayudan a fomentar la

conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica, y la formación de lazos fuertes con la escuela.

- PRINCIPIO 15. Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de habilidades.
- PRINCIPIO 16. Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes.

Al mencionar la importancia de la prevención en adicciones se pretende el tomar conciencia de que hay mucho trabajo que hacer en esta área, y en especial en este trabajo del Observatorio de tabaco, alcohol y otras drogas en el CEAIA será de vital importancia el generar información que ayude a visualizar las necesidades que se tienen en actividades preventivas.

1.6.3 Tratamiento de adicciones

La Organización Mundial de la Salud en el 2008 ofrece la siguiente definición de tratamiento: Es el proceso que da inicio cuando las personas que consumen sustancias se ponen en contacto con un profesional de la salud u otra Organización comunitaria que, a través de una sucesión de intervenciones específicas, logra que la persona alcance el mayor nivel de bienestar y salud posible. De acuerdo con la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2009), un tratamiento en adicciones es el conjunto de estrategias, programas y acciones encaminadas a conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, así como reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de las sustancias, como de su familia; para impedir la evolución de la adicción a identificar y tratar los padecimientos asociados. Se busca impulsar la rehabilitación y la reinserción social.

En 1999, el National Institute on Drug Abuse (NIDA) publicó trece principios considerados relevantes para el tratamiento efectivo de las drogodependencias:

1. No hay un tratamiento único que se apropiado para todos los individuos.
2. El tratamiento necesita estar disponible fácilmente.
3. El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo a su uso de drogas.
4. Un plan de tratamiento y de servicios individual debe ser continuamente evaluado y modificado cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.
5. Permanecer en tratamiento durante un adecuado periodo de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento.

6. El counseling (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
7. La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el counseling y otras terapias conductuales.
8. Los individuos adictos o que abusan de drogas que presentan trastornos mentales coexistentes deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.
9. La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo.
10. El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
11. El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente.
12. Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como counseling que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección.
13. La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento.

Los tratamientos para el consumo de sustancias pueden ser múltiples y variar según las características y necesidades de la persona, tipo de sustancia y forma en que se consume, así como un gran número de variables. El éxito de los programas depende de las características de consumo de la persona y las estrategias específicas que han sido empleadas, además de la selección del programa más adecuado para la problemática de la persona que consume sustancias. Los tratamientos para el consumo de sustancias psicoactivas pueden dividirse en 2 grandes rubros: residencial y ambulatorio.

El *tratamiento residencial* está dirigido a personas que presentan un trastorno por el consumo de drogas, así como importantes consecuencias a nivel individual, familiar, laboral y social. Por ello, en la mayoría de los casos, deben involucrar una intervención multidisciplinaria que abarque atención médica para el manejo de la desintoxicación, control de la abstinencia, disminución de los efectos de las sustancias, administración de fármacos, tratamiento del daño orgánico y padecimientos asociados, así como intervención psicosocial dirigida a facilitar la adherencia y participación en un tratamiento, adquirir habilidades para resistirse al consumo, prevenir recaídas y lograr una rehabilitación y reinserción social (NIDA, 2004). Cuando las personas ingresan a un tratamiento, generalmente se debe a que las consecuencias de este consumo son severas o han repercutido fuertemente con alguna o varias áreas de su vida; por ello, el tratamiento deberá atender toda la problemática y resolverla con éxito. De esta manera, se ha sugerido que los mejores programas incorporen tratamientos integrales, donde se trabaje en conjunto con especialistas de diversos programas de tratamiento, como el farmacológico y el tratamiento breve con enfoque cognitivo conductual.

Los *tratamientos ambulatorios* son una modalidad que no involucra permanecer más de un día en el lugar de tratamiento, es decir, las personas asisten a un Centro a recibir consulta externa, que comúnmente es semanal. Los enfoques actuales de tratamiento han ido adaptándose a las necesidades de las personas que consumen sustancias, al buscar modelos más eficientes en cuestión de costo, como las intervenciones breves las cuáles han mostrado efectividad para lograr la reducción y suspensión del consumo de diferentes sustancias y se desarrollan a partir de las teorías y principios del comportamiento humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) ofrece la siguiente definición de intervención breve: es una estrategia terapéutica que considera la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de sustancias que los pone en riesgo, así como la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten y, en algunos casos, incluso antes de que adviertan que su conducta de consumo puede causarles problemas. Las intervenciones breves son útiles para identificar los problemas relacionados con el consumo de sustancias, motivar a las personas a realizar un cambio en su estilo de vida, identificar las situaciones de riesgo de consumo, desarrollar estrategias de enfrentamiento, reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo y establecer conductas alternativas asociadas con el bienestar físico y psicológico (Ayala, et al., 1997; Babor & Higgins-Biddle, 2000; Carrascoza, 2007; Martínez, et al., 2010).

Entre las características más importantes de este tipo de intervenciones basadas en los procedimientos cognitivo-conductuales, se tiene que son ampliamente flexibles y pueden ser implementados en una variedad de escenarios: clínicas, hospitales, escuelas, etc., en modalidad individual y grupal; son complementarias de los tratamientos farmacológicos y son temporalmente breves y altamente enfocados en la conducta meta de consumo y la reducción de los problemas asociados a éste.

1.6.4 Prevención de recaídas y Seguimiento

Una recaída en adicciones se define como cualquier retorno al comportamiento o estilo de vida adictivo, precedido de un periodo inicial de abstinencia, breve o largo. La recaída se da cuando la persona que ha logrado mantenerse sin consumo se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con estrategias eficaces que garanticen el mantenimiento de su abstinencia (Becoña, 2011). La intervención en prevención de recaídas, debe habilitar a la persona con estrategias y planes de acción certeros para enfrentar situaciones de riesgo de consumo.

En el tratamiento de adicciones, es muy importante enseñar a la persona que la recaída es parte del proceso de cambio. Una recaída no debe considerarse como un fracaso, sino como un obstáculo momentáneo que retrasa la obtención de la meta de abstinencia, pero sobre el cual se debe seguir trabajando. Una de las formas para detectar si la persona amerita una intervención de prevención de recaídas es a través del seguimiento, el cual permite monitorear el avance o retroceso en la recuperación. Un seguimiento se define como el proceso de contacto

con la persona a intervalos designados sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento (Rollnick & Miller, 2013). Algunas razones por las cuáles resulta importante realizar un seguimiento organizado son medir la eficacia e impacto de las intervenciones, reforzar el proceso de tratamiento al identificar situaciones de riesgo que pueden anteceder a una posible recaída y obtener información relativa al cambio en el patrón del consumo y los problemas asociados.

Aunque las intervenciones breves se establecen periodos de seguimientos con actividades estructuradas que generalmente se realizan a uno, tres, seis meses, e incluso al año de haber concluido el tratamiento, es necesario que los profesionales de la salud tomen en consideración que las personas difieren en sus respuestas a las intervenciones; por ello, es indispensable brindar el tipo o dosis de seguimiento más adecuada para el mantenimiento de la conducta meta. Es decir, para que una intervención sea efectiva, debe ser individualizada y adaptada continuamente a través del tiempo a partir del progreso de la persona en sus diferentes áreas de vida (Bierman, 2006; Marlowe, 2008; McKay, 2005). Los seguimientos, además de coadyuvar el avance en la recuperación de la persona que consume sustancias, permiten hacer una evaluación de la efectividad de los tratamientos, lo cual da pauta a investigaciones que mejoren los planes de tratamiento en adicciones. Por todo lo anterior, un tratamiento programado eficientemente debe incluir habilidades específicas para prevenir recaídas y fechas probables para los seguimientos, incluyendo técnicas cognitivo conductuales en su programa (Marlatt y Donovan, 2005).

1.6.5 Programa de Alcohólicos Anónimos / Programa de 12 pasos

Alcohólicos Anónimos tuvo su comienzo en Akron, en Estados Unidos, en 1935, cuando un hombre de negocios de Nueva York, -Bill W.- que había conseguido permanecer sin beber por primera vez tras haberlo intentado en varias ocasiones durante varios años, buscó a otro alcohólico para compartir con él sus experiencias en un esfuerzo por superar un mal momento que estaba atravesando y que temía que lo llevase a una recaída. Durante los escasos meses de su recién adquirida sobriedad, este alcohólico de Nueva York había observado que sus deseos de beber disminuían cuando trataba de ayudar a otros consumidores a permanecer sobrios.

En Akron la pusieron en contacto con un médico de esta localidad, el Doctor Bob S. que tenía problemas con la bebida. Trabajando juntos, el hombre de negocios y el médico descubrieron que su capacidad para permanecer sobrios estaba muy relacionada con la ayuda y estímulo que ellos pudieran dar a otros alcohólicos. Así como compartir entre ellos su experiencia, que a partir de entonces llevaron otros.

En 1939, con la publicación del libro –Alcohólicos Anónimos-, del que la Comunidad tomó su nombre, y con la ayuda de amigos no alcohólicos, A.A. empezó a llamar la atención con su programa, extendiéndose rápidamente, tanto en Estados Unidos como en el extranjero.

En la actualidad la comunidad funciona a través de más de 115.000 grupos locales en la mayoría de países del mundo (Alcohólicos Anónimos, 2016). El único requisito para ser miembro de AA es querer dejar de beber. No hay cuotas ni honorarios para ser miembro de AA. Los miembros asisten a reuniones de AA con regularidad, para estar en contacto con otros miembros y para aprender cómo aplicar mejor el programa de recuperación en sus vidas. El formato de la reunión es simple: una presentación, una lectura, el testimonio de un miembro, luego una discusión abierta en la que cualquiera de los presentes puede compartir sus preocupaciones, sus logros o sus pensamientos. En los grupos de autoayuda los miembros viejos les enseñan a los nuevos. Esto responde a la teoría del ayudante. Los participantes cuentan con una persona destinada a asistir al adicto de manera directa, suele ser beneficioso para ambos: da al padrino una sensación de bienestar, que ayuda en su propio proceso dado que muchos de ellos son también adictos en recuperación.

El programa de AA tiene varias publicaciones, siendo la más conocida el libro azul en el que se encuentran los 12 pasos o pilares de la Asociación:

- Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- Llegamos a creer que un poder superior a nosotros podría devolvernos el sano juicio.
- Resolvimos confiar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, según nuestro propio entendimiento de Él.
- Sin temor, hicimos un sincero y minucioso examen de conciencia.
- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
- Estuvimos enteramente dispuestos a que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
- Pedimos a Dios humildemente que nos librase de nuestras culpas.
- Hicimos una lista de todas las personas a quienes habíamos perjudicado, y estuvimos dispuestos a reparar el mal que les ocasionamos.
- Reparamos directamente el mal causado a esas personas cuando nos fue posible, excepto en los casos en que el hacerlo les hubiese infligido más daño o perjudicado a un tercero.
- Proseguimos con nuestro examen de conciencia, admitiendo espontáneamente nuestras faltas al momento de reconocerlas.
- Mediante la oración y la meditación, tratamos de mejorar nuestro contacto consciente con Dios y le pedimos tan sólo la capacidad para reconocer su voluntad y las fuerzas para cumplirla.
- Habiendo logrado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otras personas y practicar estos principios en todas nuestras acciones.

Otro principio es que AA considera el tratamiento como un proceso continuo, que nunca termina, y que se aborda de un día a la vez: la meta es ir pasando las tentaciones de a 24 horas, ponerse por meta el día siguiente.

Con estas alternativas en la atención de adicciones se ha pretendido garantizar el acceso a servicios especializados a la población, en donde ha resultado fundamental el esfuerzo que se ha hecho en la coordinación de Instituciones que brindan prevención, promoción de la salud, tratamiento y otras opciones que han tenido el objetivo de reducir la demanda de drogas.

1.7 OBSERVATORIOS SOBRE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

Un Observatorio de drogas es una organización que proporciona información fáctica, objetiva, fiable y comparable relativa a drogas, toxicomanías y sus consecuencias; sus funciones son obtener datos y dar seguimiento a estos datos sobre drogas, analizar e interpretar la información recabada y elaborar informes sobre la divulgación de los resultados (OEDT, 2010). Los datos de los cuáles se alimenta un Observatorio parten de las personas que solicitan atención, público en general al cuál se le aplican encuestas relacionadas con temas de drogas, profesionales que atienden problemas de consumo de sustancias psicoactivas; por mencionar las principales fuentes de información.

Los Observatorios se constituyen como una de las principales referencias en cuanto a la producción de la información en materia de drogas en un país o una Institución, a continuación se describen algunos de los principales Observatorios que se llevan a cabo en el mundo:

1.7.1 Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA)

El Instituto Nacional sobre el abuso de drogas es uno de los 27 Institutos y Centros que forman parte de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. La misión del NIDA es avanzar la ciencia en las causas y las consecuencias del consumo de drogas y aplicar el conocimiento para mejorar la salud individual y la del público. Esto implica: el apoyo estratégico y la realización de investigaciones básicas y clínicas sobre el consumo de drogas (incluyendo la nicotina), sus consecuencias y los mecanismos neurobiológicos, conductuales y sociales subyacentes; y asegurar que la traducción, implementación y diseminación de los resultados de las investigaciones científicas sean efectivos para mejorar la prevención y el tratamiento de los trastornos del consumo de sustancias y mejorar la conciencia del público sobre la adicción como un trastorno del cerebro.

El programa Internacional del Instituto Nacional sobre el abuso de drogas (NIDA) trabaja en conjunto con colegas de todo el mundo para encontrar soluciones con base científica para los problemas de salud pública relacionados con el consumo de drogas, la adicción y el contagio del VIH/Sida como resultado del consumo de drogas. Se crean alianzas con países, Organizaciones e Investigadores individuales para promover nuevas iniciativas de investigación, crear capacidad de investigación

internacional y difundir los conocimientos adquiridos. Algunas de las prioridades de las investigaciones internacionales del programa son: Las intervenciones para el VIH/Sida llamadas “Busca-prueba-trata”, el uso del tabaco por adolescentes y la exposición prenatal del tabaco, el desarrollo de medicamentos para tratar la adicción la cocaína, el abuso de inhalantes, las metanfetaminas, la conducción bajo la influencia de las drogas.

Tendencias y estadísticas: El NIDA utiliza múltiples fuentes para monitorear la prevalencia y tendencias con respecto al consumo de drogas en los Estados Unidos. Los recursos de la Web abren una variedad de cuestiones relacionadas con las drogas, incluyendo información sobre el consumo de drogas, datos de salas de urgencia, programas de prevención y tratamiento.

Tendencias emergentes: El consumo de drogas y sus efectos resultantes para la salud pueden cambiar a medida que surgen nuevas tendencias y formulaciones de fármacos y se vuelven más ampliamente utilizados. El NIDA Sistema Nacional de Alerta Temprana de Drogas (NDEWS) sobre tendencias y patrones emergentes en muchas áreas y Estados Metropolitanos. La NDEWS está dirigida por científicos de la Universidad de Florida, la Universidad de New York y la Universidad Atlántica de Florida. Incorpora vigilancia en tiempo real para detectar señales tempranas de posibles epidemias de drogas. Este sistema implementa una red de alerta temprana incluyendo 18 sitios centinelas que utilizan nuevos métodos de vigilancia y armonizan y difunden datos de manera rápida y oportuna. La recopilación continua de datos proporcionará una caracterización integrada e integral del consumo y la disponibilidad de drogas sintetizando fuentes tradicionales e indirectas con nuevas fuentes directas de datos, así como investigaciones epidemiológicas sobre el terreno en áreas de alta prioridad.

1.7.2 Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)

La función primordial del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) es ofrecer una visión global de la evolución y características del consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo alcohol, tabaco, hipnosedantes, analgésicos, opioides, drogas ilegales y nuevas sustancias), otros trastornos comportamentales y los problemas asociados, en España. Para ello se emplea información procedente de diversas fuentes que, una vez analizada y contextualizada, debería ayudar a responsables políticos, asociaciones, profesionales y consumidores a la hora de tomar decisiones sobre estas cuestiones en sus respectivos ámbitos.

Los informes de este Observatorio se estructuran en diversos apartados que se detallan a continuación se presenta información relativa al consumo, percepciones y opiniones de la población de estudiantes de 14 a 18 años ante el consumo de drogas y otros trastornos comportamentales. La fuente de información es la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España

(ESTUDES), en sus sucesivas ediciones. ESTUDES se realiza de forma bienal y se promueve y financia directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas contando con la estrecha colaboración de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

En una segunda parte, se incluye información relativa a los problemas relacionados con las drogas desde 1987 hasta 2018. La información procede de tres indicadores clave: Indicador “Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas”, Indicador “Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas” e Indicador “Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas”, así como información relativa al consumo problemático de drogas e información relacionada con las infecciones en consumidores de drogas. Los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad se gestionan desde 1987 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas como una colaboración interinstitucional en el que tienen un papel muy activo las Comunidades y Ciudades Autónomas, así como las instituciones de las que procede la información (centros de tratamiento de drogodependencias, hospitales, institutos de medicina legal, laboratorios toxicológicos, etc.). En algunos casos, los Ayuntamientos prestan también soporte a la recogida y depuración de la información. Los indicadores sobre infecciones y consumo problemático proceden de varias fuentes, pero fundamentalmente de la DGPNSD y de otras Áreas del Ministerio de Sanidad.

En otra parte se describen los objetivos, estructura y actividades realizadas por el Sistema Español de Alerta Temprana. En una última parte se centra en la oferta de drogas y medidas de control. Se incluye información sobre ventas de tabaco, decomisos, precio y pureza de drogas ilegales, detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas. La información procede del Ministerio del Interior y del Ministerio de Hacienda.

1.7.3 CICAD: Observatorio Interamericano sobre Drogas

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) es el órgano consultivo y asesor de la OEA sobre el tema de drogas. Sirve como un foro para que los Estados Miembros de la OEA discutan y encuentren soluciones al problema de las drogas y brinda asistencia técnica para aumentar su capacidad para contrarrestar dicho problema. Desde su establecimiento en 1986, la CICAD y su Secretaría Ejecutiva han respondido a los constantes y cambiantes desafíos de control de drogas, ampliando sus esfuerzos para promover la cooperación y la coordinación regional con y entre sus Estados Miembros. La estrategia hemisférica sobre drogas de la OEA, adoptada en 2010, aborda el problema mundial de las drogas como un fenómeno complejo, dinámico y multicausal, que requiera un enfoque integral, equilibrado y multidisciplinario. La estrategia reconoce la dependencia de las drogas como una enfermedad que debe abordarse como un

asunto de salud pública y pide a los países que mantengan un equilibrio adecuado entre las actividades de reducción de la demanda y la oferta.

A través de su programación anual y una amplia gama de proyectos nacionales y regionales en el hemisferio, la CICAD apoya a los Estados Miembros a fortalecer sus políticas sobre drogas realizando investigaciones y evaluaciones en profundidad sobre temas relacionados con las drogas y tendencias emergentes al respecto, brindando asistencia técnica efectiva y formación especializada enfocado en el desarrollo de capacidades. La CICAD trabaja en estrecha colaboración con socios como la oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC), la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comunidad del Caribe (CARICOM), el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y el Sistema de Seguridad Regional (SRS). La CICAD también mantiene fuertes vínculos con la sociedad civil, incluyendo la participación de esta en todas las sesiones ordinarias de la CICAD.

El Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) fue creado en el año 2000 como el área de la CICAD encargada de las estadísticas, información e investigación. La misión del OID es ayudar a promover y desarrollar una red de información sobre drogas en las Américas que ofrezca información objetiva, confiable, oportuna, y comparable para que todos los Estados Miembros puedan comprender mejor y diseñar e implementar políticas y programas para combatir el problema de las drogas en todas sus dimensiones. La visión del OID es respaldar las políticas y la cooperación hemisférica examinando el nexo clave entre la oferta y la demanda dentro del hemisferio y en relación con otras regiones del mundo. El Observatorio puede servir como sistema de alerta temprana ante la aparición de nuevas drogas, nuevos métodos de uso y elaboración de drogas y cambios en las modalidades y tendencias en el tráfico. Los servicios del OID son ofrecer un apoyo al mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) y a los esfuerzos nacionales antidrogas a través de los siguientes servicios: Ayudar a los Estados Miembros a mejorar la capacidad de recopilar y analizar estadísticas relacionadas con las drogas, promover el desarrollo y establecimiento de observatorios nacionales y el uso de datos y metodologías estandarizadas, proporcionar capacitación técnica y científica para el intercambio de experiencias entre profesionales trabajando en el área de las drogas.

1.7.4 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)

En 1993 se creó el Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías, inaugurado en Lisboa en 1995, el Observatorio es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea (UE). La misión del EMCDDA es proporcionar a la Unión Europea y a sus Estados Miembros una visión objetiva del problema de las drogas en Europa y una base sólida sobre la que fundamentar el debate en esta

materia. En la actualidad, el EMCDDA ofrece a los responsables políticos la información que necesitan para preparar leyes y estrategias bien fundamentadas en materia de drogas. La agencia también ayuda a los profesionales e investigadores de este camino a identificar buenas prácticas y nuevas áreas de investigación.

La misión del EMCDDA es proporcionar una información real, objetiva, fiable y comparable sobre el fenómeno de la droga y la toxicomanía, así como sobre sus consecuencias. La Organización del EMCDDA está formada por una Dirección para gestionar el Centro, dos órganos estatutarios (Consejo de Administración y Comité Científico) para asesorar y ayudar en el proceso de toma de decisiones y, por último, las distintas unidades de trabajo (que comprenden la mayoría del personal del (OEDT) para dirigir el Centro y, en última instancia, entregar su resultado (informes, sesiones informativas, etc.).

Los socios del EMCDDA intervienen en la cooperación con las Instituciones de la Unión Europea, la Red Reitox (29 Centros Nacionales de Vigilancia de drogas), los candidatos y potenciales candidatos a la Unión Europea, los países de la zona de la Política Europea de vecindad (ENP), y las Organizaciones Regionales e Internacionales han sido una parte importante del trabajo del OEDT desde su creación.

1.7.5 Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Adicciones (SISVEA)

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (SISVEA) fue creado en 1990 bajo la normatividad de la NOM 017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica, la cual establece que este sistema forma parte del SINAVE como un sistema de vigilancia especial. El objetivo del SISVEA, es complementar la información existente en relación con el consumo de sustancias a través de cuatro fuentes de información: centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales, consejos tutelares para menores, servicios médicos forenses (Semefo) y servicios de urgencias hospitalarias.

El Sisvea es una fuente de información que recopila datos de instituciones gubernamentales y organismos no gubernamentales nivel nacional, involucrada en actividades relacionadas con las adicciones. Con este sistema de vigilancia, se puede contar con un panorama de consumo en grupos específicos de la población y de algunas de las repercusiones del consumo de sustancias lícitas e ilícitas como: comisión de delitos y su relación con el consumo de sustancia en menores de 18 años, lesiones de causa externa y defunciones asociadas al consumo de drogas. También permite identificar las características sociodemográficas y patrones de consumo entre los consumidores con adicciones severas que acuden a los Centros de Tratamiento No Gubernamentales

La información del Sisvea se realiza a través de cuestionarios que incluyen preguntas sobre variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de educación,

ocupación), patrón de consumo (edad de inicio, primera droga, frecuencia de uso, etc.) y tipo de sustancias (ilegales y legales).

La información que se obtiene del Sisvea ha permitido identificar diversos grupos de riesgo, drogas nuevas que se consumen, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados al uso y abuso de sustancias. En la actualidad, el Sisvea cuenta con información de 155 ciudades de las 32 entidades federativas, lo cual ha permitido contar con información verídica y confiable sobre las adicciones.

La metodología bajo la cual opera el Sisvea no pretende sustituir la información generada por las encuestas nacionales de adicciones; por tal motivo, los datos no pueden ser extrapolados a toda la población mexicana que consume sustancias, ni interpretarse como prevalencias nacionales o estatales de consumo.

En ese sentido, el SISVEA viene a ser una fuente más que continúa aportando información valiosa que ninguna otra fuente brinda y que permite en periodos interencuestas, identificar diversos panoramas que relevan en algunos casos la variabilidad entre las principales drogas de inicio e impacto entre los usuarios de sustancias lícitas e ilícitas que solicitan atención en los diversos Centros de Tratamiento No Gubernamentales.

La información que recolecta el SISVEA se comparte con el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas (OMEXTAD), el cual tiene como objetivo contar con un diagnóstico epidemiológico oportuno y confiable en el ámbito de las adicciones desde el nivel municipal al nacional y en ese sentido concentra la información derivada de diversas fuentes de información gubernamentales y no gubernamentales.

1.7.6 Sistema de Registro de Información en Drogas (SRID)

Su objetivo es proporcionar la prevalencia e incidencia del uso de drogas en personas mayores de 12 años, que acuden a alguna Institución de salud debido a que consumen algún tipo de droga; es decir, el SRID proporciona información sobre personas que ya consumen sustancias. El consumo de alcohol y tabaco se explora únicamente en relación con el consumo de otras drogas, de manera que se excluye del registro a las personas que únicamente consumen alcohol o tabaco. Este sistema opera principalmente en la ciudad de México, aunque eventualmente se ha recopilado información de algunas ciudades. La información proviene de instituciones de atención a la salud, procuración de la justicia del área metropolitana y, más recientemente, organizaciones de la sociedad civil que tienen contacto con personas que usan o han usado drogas alguna vez en la vida, fuera de prescripción.

Para obtener la información, se aplica la cédula de informe individual sobre consumo de drogas, que reporta datos sociodemográficos de las personas que consumen sustancias, motivos por los que se encuentran en las instituciones, patrones de

consumo y problemas asociados. Los datos se recopilan durante los 30 días de los meses de Junio y Noviembre de cada año, de manera que hay dos mediciones anuales.

El SRID es un sistema que funciona como alerta temprana, ya que registra los antecedentes del uso de drogas en todos los ingresos; esto permite identificar las áreas del problema que requieren atención urgente.

1.7.7 Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas (OMEXTAD)

Además de los sistemas de información y las encuestas, es importante mencionar que nuestro país cuenta con el Observatorio en Tabaco, Alcohol y otras Drogas, creado por el CONADIC en 2002. El observatorio tiene la finalidad de contar con datos actualizados, sistematizados y obtenidos de metodologías comparables sobre el consumo de sustancias. Recopila y analiza la información de los sistemas de información y las encuestas con el propósito de fortalecer la toma de decisiones en el campo de las adicciones del país y facilitar el acceso a la información a los responsables de políticas de salud, prestadores de servicios, comunidad académica y cualquier persona que requiera consultar datos relacionados con el consumo de sustancias.

El Observatorio tiene entre sus funciones recopilar, registrar, sistematizar, analizar e interpretar información sobre la demanda de atención en salud mental y por el consumo de sustancias psicoactivas en el país, para ofrecer diagnósticos nacionales y estatales a los interesados en la materia. Las fuentes de información del Observatorio son: Encuestas Nacionales, los Centros de Atención Primaria en Adicciones, los Centros de Integración Juvenil, los Centros de Tratamiento No Gubernamentales y las Unidades Médicas del Sector Salud.

Informes de consumo de sustancias psicoactivas: El Observatorio cuenta con reportes que proporcionan información de acuerdo a la sustancia de consumo, el sexo del consumidor y su edad al momento de ser encuestados.

Riesgos psicosociales en adolescentes: Presenta información sobre la detección orientada a problemas en adolescentes como parte de los procedimientos de detección oportuna de consumo de sustancias psicoactivas y casos de riesgos psicosociales que realizan los Centros de Atención Primaria en Adicciones. Los datos del Tamizaje Posit corresponden a los adolescentes tamizados a través de este instrumento de detección orientado a problemas en adolescentes y son parte de los procedimientos para la detección oportuna de consumo de sustancias psicoactivas y/o casos de riesgos psicosociales, que realizan los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA). Los datos se obtienen del Sistema de Información de los Consejos Estatales Contra las Adicciones (SISECA). Estas acciones se llevan a cabo en Centros escolares, Centros de Salud y en aquellos contextos donde se encuentran jóvenes utilizando para ello la prueba POSIT.

Demanda de tratamiento por droga de impacto: Presenta información correspondiente a la demanda de tratamiento por consumo de alcohol, tabaco y

drogas en los Centros de Atención Primaria en Adicciones, Centros de Integración Juvenil o Centros Residenciales. Los datos de este reporte fueron obtenidos a través del sistema de Información de los Consejos Estatales Contra las Adicciones (SISECA), el cual recaba información de las 341 Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA) del país. Con la finalidad de brindar información objetiva, confiable y comparable sobre el consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional. La droga de impacto es aquella droga que el paciente consume y que identifica con mayor capacidad para producirle efectos negativos (problemas) ya sea en el área de la salud, familiar, legal o laboral y que es motivo principal de la demanda de tratamiento.

Morbilidad asociada al consumo de sustancias psicoactivas: Presenta información correspondiente a lesiones y urgencias médicas atendidas en unidades de salud y egresos hospitalarios asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas. La información contenida en este reporte se toma del Subsistema de Urgencias de la Dirección General de Información en salud (DGIS), con el fin de brindar información objetiva, confiable y comparable sobre las defunciones por el consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10).

Mortalidad asociada al consumo de sustancias psicoactivas: Presenta información correspondiente a las defunciones asociadas al consumo de alcohol, tabaco y drogas. Este informe corresponde a las defunciones por consumo de sustancias psicoactivas de 1998 a 2017, la información contenida en este reporte fue tomada del Subsistema de Defunciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) con el fin de brindar información objetiva, confiable y comparable sobre las defunciones por el consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10).

Se ha mostrado a los Observatorios de drogas como un instrumento importante para integrar la información disponible acerca de las drogas, para hacer frente a los problemas que se derivan de este consumo y que han impulsado diferentes medidas preventivas, asistenciales y de apoyo a la reinserción social. Por lo que es de vital importancia el seguir generando instrumentos de este tipo que puedan contribuir en el fortalecimiento de la atención de las adicciones.

1.7.8. Funciones esenciales de un Observatorio de Drogas

Recogida de datos y seguimiento: El objetivo fundamental de un Observatorio de drogas es recabar la información necesaria para elaborar una visión global de la situación en materia de drogas en un determinado lugar (OEDT, 2010). Los sistemas de reporte de información en drogas suelen presentarse como mecanismos para obtener información procedente de diversas instituciones que se encuentran relacionadas con el problema de las drogas en un lugar determinado, ya sean estas del sector salud como de los hospitales, los centros de tratamiento, los servicios de urgencia, o también instituciones de procuración de justicia. La

principal ventaja de un sistema de reporte de información en drogas se fundamenta en su bajo costo de operación y proporciona información continua sobre las características del problema en un área geográfica definida; se basa en el registro de eventos, casos o personas consumidoras de drogas, y es muy útil en la evaluación de la magnitud y tendencias sobre el uso, abuso o dependencia a las drogas. Existen diferentes métodos y técnicas de recolección de datos que pueden ser de utilidad, la elección del método depende de la estrategia, el tipo de variable, la precisión deseada, el punto de recolección; algunas técnicas utilizadas de recolección de datos son las encuestas, entrevistas, cuestionarios, grupos focales (Gallardo, Y. & Moreno, A., 1999). En el CEAlA se puede recolectar información de bitácoras, reportes, encuestas, expediente clínico que servirá para alimentar el observatorio que se propone.

Análisis e interpretación: El objetivo de esta función consiste en interpretar y presentar datos heterogéneos en los que se combina información cuantitativa y cualitativa con el fin de ofrecer una visión global de la situación en materia de drogas (OEDT, 2010). Este proceso fundamental conllevará las tareas de trabajo con datos cuantitativos, análisis de información cualitativa e interpretación y presentación conjunta de todas las fuentes de información. En el ámbito del consumo de drogas, en un Observatorio es importante interpretar datos estadísticos y situarlos en un contexto, avanzar en el conocimiento de los problemas y las necesidades asociadas a diversos patrones de consumo de drogas, evaluar el contexto en el que las intervenciones pueden ser más efectivas, facilitar la evaluación de la experiencia de los consumidores de drogas respecto a las intervenciones, comprender los nuevos fenómenos de consumo de drogas y avanzar en el conocimiento de los mercados de droga (Linares, N. & Cravioto, P., 2003). Con el análisis e interpretación de los datos en el Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones se pueden generar hipótesis sobre situaciones de consumo en diversos contextos locales y diagnósticos sobre la población que consume drogas que pueda ayudar a conocer mejor este fenómeno.

Informes y divulgación: La elaboración de informes y la comunicación son funciones esenciales de un observatorio de drogas. De acuerdo a los resultados que genera el análisis y la interpretación de los datos de un observatorio se pueden generar estrategias para presentar estos informes, teniendo en cuenta hacia quién van dirigidos estos informes o hacia qué población se divulgará la información analizada (OEDT, 2010). Es importante identificar a qué personas, grupos, Organizaciones, les puede interesar esta información del observatorio aparte del CEAlA; para cuidar el lenguaje, los recursos y los medios para presentar las tendencias del consumo de drogas que se han identificado en el observatorio y que servirán en diversos contextos de la ciudad de Pachuca o el Estado de Hidalgo. No será lo mismo divulgar resultados del observatorio a estudiantes de escuela, que a Organizaciones como el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), o que a los profesionales que trabajan en el CEAlA y que utilizarán esta información para su atención.

Estas funciones de un observatorio de drogas, son de vital importancia a llevar a cabo en la propuesta que se pretende en este trabajo y que el CEAIA puede establecer dentro de sus áreas de atención.

CAPITULO 2. METODOLOGÍA

2.1 JUSTIFICACIÓN

Es necesario tener información precisa de la situación de las drogas, abordar las cuestiones tanto de oferta como de demanda, determinar las tendencias actuales de consumo, poner en común información objetiva sobre prácticas adecuadas para la planificación y la organización de intervenciones, y proporcionar a los responsables de la formulación de políticas los datos acreditativos necesarios para el diseño de estrategias nacionales y regionales sobre drogas. En este contexto, los observatorios de drogas desempeñan un papel fundamental, puesto que los datos y la información que facilitan constituyen la piedra angular de cualquier sistema de seguimiento de drogas. Los observatorios de drogas (OND) han prosperado y se han desarrollado con rapidez a lo largo de los dos últimos decenios, como consecuencia directa de las decisiones adoptadas para establecer sistemas regionales de seguimiento de drogas, tanto en la Unión Europea, como en América.

En nuestro país existe una amplia tradición de levantamiento de encuestas nacionales sobre el consumo de sustancias psicoactivas, además de contar con el Observatorio Mexicano de Drogas, que es el área de la CONADIC encargada de recopilar y analizar la información proveniente de diversas fuentes de información, como unidades de salud con servicios de atención a urgencias y hospitalización y centros especializados en la atención de usuarios de drogas, para brindar un panorama actualizado de la situación de las drogas en nuestro país.

Para la atención a las adicciones en Hidalgo se cuenta con 5 CAPAS que se enfocan a población en general, usuarios de drogas y personas con abuso y dependencia; las actividades que realizan son las de promoción, prevención de adicciones, intervenciones breves, detección temprana y derivación oportuna de casos, estos CAPA se encuentran en Tula de Allende, Ixmiquilpan, San Felipe Orizatlán, Sahagún y Pachuca (CEAIA). En cuanto a tratamiento Residencial se cuenta con Centro de Atención Integral de las Adicciones (CAIA) en Tulancingo y Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones (CEAIA) en Pachuca, quienes manejan un modelo mixto de atención en 3 periodos de 28 días cada uno y el tratamiento es brindado por un equipo multidisciplinar (Psiquiatra, Médico, Psicólogo individual y familiar, Nutrióloga, Enfermera, Trabajadora social y Asistente terapéutico –adicto en recuperación-).

En Hidalgo la cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado tienen riesgo alto en 29 de sus 84 municipios, riesgo medio en 29 municipios y riesgo bajo en 26

municipios (SSH, 2019). Esto significa que el consumo de alcohol ha traído consecuencias en la mayor parte del Estado, la gente se está enfermando y muriendo a consecuencia de su consumo. Este es un grave problema de salud en el Estado y es de vital importancia el trabajar en establecer mecanismos o estrategias que ayuden a disminuir estas cifras; el generar un Observatorio de tabaco, alcohol y otras drogas en CEAIA ayudará a identificar datos que nos brinden una mayor comprensión del tema y nos guíe hacia donde podemos dirigirnos para dar seguimiento a esta gran problemática del Estado.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General: Conformar un sistema de información sobre la demanda de atención que tiene el CEAIA en el consumo de sustancias psicoactivas que oriente nuevas estrategias de intervención y el diseño de investigaciones en adicciones.

2.2.2 Objetivos Específicos:

- Elaborar un diagnóstico sobre las características de la atención que brinda el CEAIA
- Identificar las fuentes de información que se generan en el CEAIA
- Proponer planes para sistematizar la información que se genera en el CEAIA

CAPÍTULO 3. PROPUESTA DE DESARROLLO DEL OBSERVATORIO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS DE CEAIA

3.1 *DIAGNÓSTICO SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN QUE BRINDA EL CEAIA*

El Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones plantea el origen multicausal del consumo de drogas y las diversas áreas y facetas personales que suelen verse afectadas por el consumo, hacen necesario plantearse el abordaje del problema desde una perspectiva integral, que ponga en juego diferentes disciplinas profesionales, de forma que puedan contemplarse los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de cada usuario. El modelo de atención contempla 2 grandes áreas:

- A) Área ambulatoria: Otorga servicios de prevención y atención primaria del consumo de sustancias psicoactivas, a través de acciones de orientación y psicoeducación en las escuelas, los grupos organizados y la comunidad en general, así como la atención y tratamiento de personas en riesgo y consumidores iniciales, la derivación hacia otras instancias más especializadas de quienes presentan dependencia a las drogas. También se efectúan acciones de detección temprana de factores de riesgo de consumo, con la finalidad de evitar la transición hacia mayores grados de severidad. Los tratamientos que se otorgan consisten esencialmente en intervenciones breves adaptadas por la Facultad de Psicología de la UNAM, dirigidas a bebedores problema, a consumidores de marihuana, cocaína y para fumadores, entre otros, a la vez que ofrece apoyo en prevención de recaídas e intervenciones con familiares de las personas en tratamiento. Las modalidades de atención pueden ser tanto individuales como grupales, esto dependiendo de las necesidades y características de la población.
- B) Área residencial: Tiene como finalidad otorgar un tratamiento especializado, estabilización médica y rehabilitación integral de las adicciones en la modalidad residencial mixta, dirigido a personas que presentan consumo a nivel de dependencia y/o adicción a una o varias sustancias psicoactivas. La duración es de 3 periodos de 28 días cada uno, posterior a internamiento nuevamente se refiere para sus seguimientos y programa de prevención de recaídas en modalidad de atención ambulatoria.

Cabe señalar que el grupo etario al que se dirige este modelo es a hombres y mujeres adultos de 18 a 65 años de edad, y adolescentes hombres y mujeres de 12 a 17 años de edad en área ambulatoria. En área residencial es para hombres y mujeres de 18 a 59 años, y adolescentes hombres y mujeres de 12 a 17 años. Las personas acuden al CEAIA de manera voluntaria a solicitar la atención, o puede ser que presenten una referencia de Núcleos Básicos, Módulos de Salud Mental, CAPAS o el hospital Psiquiátrico de Villa Ocaranza.

3.1.1 Misión de CEAIA

Otorgar servicios integrales en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad adictiva dirigidos a evitar, reducir y/o mantener la abstinencia del consumo de sustancias psicoactivas, incrementando el bienestar físico, mental y social del usuario y su familia a fin de fomentar la rehabilitación de adicciones y un estilo de vida saludable.

3.1.2 Visión de CEAIA

Ser el centro líder en la prevención y atención integral de la enfermedad adictiva con el objetivo de lograr evitar, reducir y/o mantener la abstinencia del consumo de sustancias psicoactivas, minimizar los riesgos y daños individuales, familiares y

sociales causados por el uso, abuso y dependencia; a fin de mejorar la calidad de vida y bienestar social de la población.

3.1.3 Objetivos de CEAIA

Objetivo general

Lograr y mantener la abstinencia o reducción de consumo del uso, abuso y dependencia de drogas proporcionando al usuario elementos para el manejo adecuado de sus emociones, desarrollando la asertividad y la resiliencia, dentro de un entorno que fomente estilos de vida saludables.

Objetivos específicos

- Propiciar mejoría del funcionamiento físico y psicosocial del usuario
- Incidir en la prevención de las recaídas y reinserción social
- Favorecer los mecanismos de coordinación y cooperación entre los diferentes niveles de atención de los servicios de salud del Estado e Instituciones Públicas y Privadas del ámbito federal, estatal y municipal, para la atención integral de las adicciones.
- Aplicar estrategias terapéuticas acordes a los lineamientos nacionales e internacionales para el tratamiento mediante un modelo de atención mixta residencial.
- Fortalecer el sistema de referencia y seguimiento de casos de usuarios consumidores de drogas.

El Modelo del CEAIA toma como base epistemológica para su aplicación multidisciplinar e integral las siguientes modalidades: *Modalidad de atención mixta* que se caracteriza por fusionar el tratamiento ofrecido por ayuda mutua y el modelo profesional. *Modelo Minnesota* que se encuentra orientado hacia la abstinencia y está basado en el programa de DOCE PASOS de Alcohólicos Anónimos y que también cuenta con un abordaje integral y multidisciplinario de Profesionales. *Modelo Cognitivo Conductual* que se basa en la teoría de que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel crucial en el desarrollo de patrones de conductas inadaptadas. *Modelo Humanista*, el cual se pregunta acerca de las características fundamentales de la naturaleza humana y en donde todos los individuos se encuentran en libertad para elegir su vida y destino y que las pulsiones o fuerzas internas, así como fuerzas externas no los restringen. *Modelo Sistémico* involucrado en la psicoeducación familiar e intervenciones de terapia familiar; las técnicas de esta terapia están basadas en desarrollar cambios en la dinámica familiar, así como evidenciar la influencia que tiene cada una de las actitudes y conductas de los miembros de la familia sobre las emociones y conductas del resto de los miembros. *Modelo farmacológico* que permite el control de síntomas y cuadros psiquiátricos mediante la ingesta de medicamentos que indican. *Modelo de Comunidad Terapéutica* que hace alusión al fomento de estilos de vida saludables así como

habilidades resilientes en la rehabilitación y reinserción de los usuarios a la vida diaria. *Modelo evolutivo en la recuperación de Gorski*, que parte de la perspectiva de la adicción como una enfermedad biopsicosocial que al ser desarrollada genera un síndrome en la ausencia de la sustancia; el modelo implica una comprensión del proceso de recuperación, así como una conceptualización del proceso de recaída.

3.1.4 Análisis FODA

Se desarrolla un análisis sobre las características del Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones que sirve para la identificación de las necesidades que se tienen y que es importante tener en cuenta para el establecimiento de procedimientos que ayuden a fortalecer el funcionamiento de la Unidad.

Este análisis FODA se lleva a cabo a través de entrevistar algunas personas que laboran dentro del CEAIA para obtener información que desconocía, principalmente de información administrativa y que tiene que ver con recursos humanos y materiales; la información con respecto a procesos operativos a manera personal se lleva a cabo este análisis con la experiencia que se tiene en el Centro. Este FODA muestra las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones en rubros documental, recursos humanos, recursos materiales e Institucional

Tabla 2.

Análisis FODA del Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Documental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con información de consumo de sustancias psicoactivas, salud mental y otras problemáticas de usuarios disponible en expedientes de usuarios. • Hay en existencia bitácoras con procedimientos que se llevan a cabo en el Centro. 	<p>Documental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de procedimientos que incluyan necesidades de usuarios como comorbilidad psiquiátrica, discapacidades, conflictos con la ley. • Falta de bases de datos suficientes en donde se pueda acceder a información que se necesite.
<p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe un equipo multidisciplinar para la atención (Psiquiatría, Medicina, 	<p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de personal que analice y sistematice la información que se genera en CEAIA.

<p>Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Nutrición, Asistentes terapéuticos – Adictos en recuperación-).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con personal que tiene experiencia y está capacitado en el manejo de adicciones. <p>Recursos materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Centro cuenta con recursos materiales que facilitan el funcionamiento de la unidad (fotocopiadora, impresoras, formatos, copias, material de papelería, material de limpieza). <p>Institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se tiene relación con otras unidades que forman la red de atención de salud en el Estado de Hidalgo. • Se llevan a cabo programas de manera conjunta con otras unidades de salud, educativas, empresariales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta más capacitación que incluya temas actuales de atención de adicciones como lo es conflictos con la ley, comportamiento suicida. <p>Recursos materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de un espacio y de equipo destinado al manejo de la información. <p>Institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de otras unidades no cuentan con información básica de adicciones y no hay una adecuada orientación hacia usuarios que solicitan esa atención. • No hay vínculos con unidades en cuestión del tema adicciones y problemas legales.
<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <p>Documental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difundir información con respecto al uso de nuevas drogas, nuevos tipos de adicciones, legalización de la marihuana, redes sociales. • Publicar artículos con información que se investigue dentro del Centro. 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <p>Documental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener información suficiente sobre consumo de sustancias psicoactivas y que no se dé seguimiento a investigaciones sobre ello. • Que no se alimenten de información las bases de datos o

<p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar estrategias que se puedan llevar a cabo para hacer reducción de daños en nuestro contexto. • Gestionar personal especializado en el análisis e investigación de la información generada en CEAIA. <p>Recursos materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestionar espacio y recursos para el funcionamiento de un área dedicada a la investigación. <p>Institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promocionar el trabajo que se hace en CEAIA a otras Instituciones. • Generar vínculos con otras instancias de salud, educativas o legales que ayuden a fortalecer la red de atención de adicciones. 	<p>estadísticas propuestas en el Centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que haya información nueva que no se tenga contemplada en los procedimientos y bases de datos del Centro. <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • No haya presupuesto para contratar recursos o personal para el Centro. <p>Recursos materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los recursos que se destinen sean utilizados en actividades diferentes a la investigación. • Que los recursos disponibles sean insuficientes para la utilidad en investigación. <p>Institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que las Instituciones no se apeguen a los procedimientos establecidos para la atención en adicciones. • Que cada Institución genere sus procedimientos y no tome en cuenta los requisitos de atención y procedimientos de otras Unidades.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.2 FUENTES DE INFORMACIÓN EN CEAIA

En este apartado se lleva a cabo una revisión de bases de datos y bitácoras que existen en CEAIA sobre procedimientos que se realizan en la atención a personas que acuden para poder describir los datos más significativos que contienen; se describe este apartado para poder conocer cómo se puede alimentar de información el Observatorio de alcohol, tabaco y otras drogas que se propone a través de estas fuentes.

3.2.1 Base de datos de Informes

Esta actividad es llevada a cabo por el área de recepción general y recepción de CAPA, los datos que se recopilan en este procedimiento son los siguientes: fecha de los informes, hora en que se brindan los informes, nombre de usuario que recibirá atención, lugar de procedencia, si es canalizada a otra área la persona interesada. Finalmente se brindan horarios y requisitos de atención, se explica que la consulta externa es de lunes a viernes de 8:00 am a 20:00 pm y en área residencial son los 365 días al año las 24 horas del día. Los requisitos de atención consisten en la edad de atención a partir de los 12 años de edad, ser consumidor de sustancias psicoactivas o presentar conductas adictivas, no presentar intoxicación al momento de la evaluación, acudir de manera voluntaria, ser acompañado de un familiar responsable o representante legal, presentar copia de credencial de elector y CURP; los requisitos del responsable legal son ser parentesco directo (familiar cercano), cubrir cuota de recuperación de acuerdo a estudio socioeconómico, acudir sin haber ingerido sustancias psicoactivas, ser mayor de edad, presentar credencial de elector, presentar CURP, en caso de ser derechohabiente a IMSS, ISSSTE o alguna Institución médica presentar su número de afiliación, dar 2 referencias para contacto.

3.2.2 Base de datos de Orientaciones

El procedimiento de orientación a concurrentes se lleva a cabo por el área de trabajo social del área ambulatoria, en el cual se capturan los siguientes datos: folio del formato, fecha de la orientación, nombre de la persona que se orienta y apartado de observaciones en donde se anotan aspectos significativos que se identificaron en la orientación. En el formato de Orientación se maneja ficha de identificación y requisitos de valoración.

3.2.3 Base de datos de apertura de expedientes

Esta actividad es llevada a cabo por el área de trabajo social del área ambulatoria, en esta base de datos se captura la fecha de apertura de expediente, número de expediente asignado, edad de usuario (a), sexo, nombre de responsable legal, domicilio y municipio de usuario, escolaridad, ocupación, droga de inicio, droga de impacto, Diagnóstico de adicciones, Diagnóstico en salud mental, Psicólogo que hace valoración, Trabajadora social que atiende, Tratamiento o programa que se indica, nivel socioeconómico, derechohabiencia, si usuario es referido, si usuario habla alguna lengua indígena, si pertenece a un grupo étnico, si es migrante, y/o enviado por alguna instancia legal.

3.2.4 Base de datos de Referencias y seguimientos

Esta actividad es llevada a cabo por el área de trabajo social CAPA y residencial, en esta base de datos se capturan los siguientes aspectos: número de referencia, fecha y hora de referencia, número de expediente, nombre de persona referida, edad, sexo, motivo de referencia, lugar al que se refiere, nombre del personal que realiza referencia, responsable legal que recibe la referencia, tipo de seguimiento de la referencia (telefónico, presencial), fecha y hora en la que se realiza el seguimiento de la referencia, observaciones, fecha y hora de recepción de la contra referencia, nombre, firma y cargo de la persona que recibe la contra referencia, observaciones.

3.2.5 Base de datos de ingresos a tratamiento residencial

Esta actividad es llevada a cabo por el área de trabajo social residencial, esta base de datos se captura por mes, se anota nombre completo de usuario que ingresa a tratamiento residencial, número de expediente, edad, Diagnóstico de ingreso, sexo, motivo de ingreso a tratamiento residencial (voluntario), domicilio de usuario.

3.2.6 Base de datos de egresos de tratamiento residencial

Esta actividad es llevada a cabo por el área de trabajo social residencial, en esta base de datos se captura nombre completo de la persona, número de expediente, edad, diagnóstico de la persona al egreso, sexo, motivo de egreso (objetivos cubiertos, faltas al reglamento interno, alta voluntaria, abandono de tratamiento, falta de apego a tratamiento, Referencia o disposición legal), domicilio de usuario.

3.2.7 Plataforma SISECA

El SISECA es el sistema de información de los consejos estatales contra las adicciones. Esta plataforma es llevada a cabo a nivel Federal por la CONADIC, quien utiliza este sistema epidemiológico para capturar la productividad de los CAPA en el País. Esta plataforma está dividida en actividades preventivas como pláticas, cursos, talleres, días conmemorativos y actividades de tratamiento. Esta actividad es llevada a cabo por el área de informática del CEAIA, a quien el personal le proporciona cada mes su productividad. Dentro de los indicadores que se llevan en esta plataforma se encuentran consultas de primera vez y subsecuentes, tamizajes, población beneficiada, talleres psicoeducativos, monitores, tratamientos concluidos, drogas consumidas, rangos de edad, tipos de droga.

3.3 PLANES PARA SISTEMATIZAR LA INFORMACIÓN

3.3.1 Indicadores en CEAlA

Los indicadores en el CEAlA son datos de relevancia en materia de consumo de sustancias psicoactivas; sirven para guiarnos en los procedimientos que se llevan a cabo como prevención y tratamiento, son de utilidad para poder cumplir con metas federales, es información que se solicita por instancias gubernamentales –Derechos Humanos, Secretaría de Seguridad-, por mencionar algunas, que necesitan para dar seguimientos a algunos de sus procedimientos como búsqueda de personas desaparecidas o lugares de origen de personas que atendemos. En fin, existe importancia en esta información dada por indicadores que es relevante para contener en el Observatorio que se propone.

Los indicadores que se proponen para el Observatorio del Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones son los siguientes:

1. *Droga de inicio*

Definición: Este indicador se refiere a la edad en que las personas inician su consumo de drogas.

Fuente y frecuencia de recolección: Expediente clínico, frecuencia recomendada es mensual.

Indicadores de este grupo: Edad de inicio, tipo de droga de inicio

2. *Droga de impacto*

Definición: Este indicador se refiere a reconocer el tipo de droga que ha causado más daños en el individuo que la usa.

Fuente y frecuencia de consumo: Expediente clínico, frecuencia recomendada es mensual.

Indicadores de este grupo: Tipo de droga, tipo de daños.

3. *Prevalencia del consumo de drogas en la población general*

Definición: Este grupo de indicadores proporciona estimaciones de la prevalencia del consumo de drogas en la población general de 12 a 65 años.

Fuente y frecuencia de recolección: Expediente clínico de usuarios, frecuencia recomendada es mensual.

Indicadores de este grupo: Tipo de droga consumida y frecuencia de consumo, edad de la persona

4. *Prevalencia de zona de consumo*

Definición: Este indicador señala el lugar donde vive la persona que consume drogas.

Fuente y frecuencia de recolección: Expediente clínico, frecuencia recomendada es mensual.

Indicadores de este grupo: Municipio de radicación, Colonia de radicación.

5. *Prevalencia del trastorno por consumo de sustancias (leve, moderado, severo).*
Definición: Este indicador se refiere a identificar la severidad del trastorno por consumo de sustancias que tiene la persona.
Fuente y frecuencia de recolección: Expediente clínico, frecuencia recomendada es mensual.
Indicadores de este grupo: Trastorno leve, trastorno moderado, trastorno severo.
6. *Prevalencia de consumo de sustancias por sexo*
Definición: Este indicador se refiere a identificar el tipo de sexo que tienen las personas que consumen.
Fuente y frecuencia de recolección: Expediente clínico, frecuencia recomendada es mensual.
Indicadores de este grupo: Persona de sexo masculino que consume, persona de sexo femenino que consume.
7. *Prevalencia de consumo de sustancias por escolaridad*
Definición: Este indicador se refiere a identificar la escolaridad que tienen las personas que consumen drogas
Fuente y frecuencia de recolección: Expediente clínico, frecuencia recomendada es mensual.
Indicadores de este grupo: Escolaridad, tipo de droga
8. *Arrestos por infracciones de las leyes en materia de drogas*
Definición: Este conjunto de indicadores da seguimiento al número de personas arrestadas por posesión, tráfico e intención de ofrecer drogas o cualquier otro delito relacionado con drogas, según lo que se especifique en las leyes locales.
Fuente y frecuencia de la recolección: Oficios emitidos por la PGJ que se guardan en una base de datos, la frecuencia recomendada es mensual.
Indicadores de este grupo: Número de personas arrestadas por posesión de drogas, tipo de drogas.
9. *Uso de drogas de adolescentes, factores de riesgo y conducta antisocial*
Definición: Este grupo de indicadores proporciona estimaciones de la prevalencia y la incidencia del consumo de drogas en los adolescentes, estos datos proveen información básica para entender los patrones de uso, las percepciones de riesgo, las correlaciones sociales y de salud, y las consecuencias del uso de drogas ilícitas y otras sustancias psicoactivas. Están orientados a adolescentes de 12 a 17 años de edad.
Fuente y frecuencia de recolección: Expediente clínico, frecuencia recomendada es mensual.
Indicadores de este grupo: Patrón de consumo, percepción de riesgo, edad de inicio del consumo, consecuencias de conductas antisociales asociadas al consumo en adolescentes.

10. Utilización del tratamiento

Definición: Este grupo de indicadores informa sobre el número de personas que buscan tratamiento para el uso problemático de drogas y sus características.

Fuente y frecuencia de recolección: Expediente clínico, frecuencia recomendada es mensual.

Indicadores de este grupo: Número de personas que buscan tratamiento, tipo de tratamiento, duración del tratamiento, término del tratamiento

11. Morbilidad relacionada con drogas

Definición: La morbilidad consiste en los casos de enfermedad atribuibles directamente o hasta cierto punto a las drogas.

Fuente y frecuencia de recolección: Expediente clínico, frecuencia recomendada es mensual.

Indicadores de este grupo: Tipo de enfermedad, tipo de droga consumida

12. Comorbilidad psiquiátrica

Definición: Este indicador consiste en identificar la comorbilidad psiquiátrica que tiene el usuario que consume drogas.

Fuente y frecuencia de recolección: Expediente clínico, frecuencia recomendada es mensual.

Indicadores de este grupo: Prevalencia de otros trastornos mentales, tipo de droga consumida.

3.3.2 Algoritmos y flujogramas

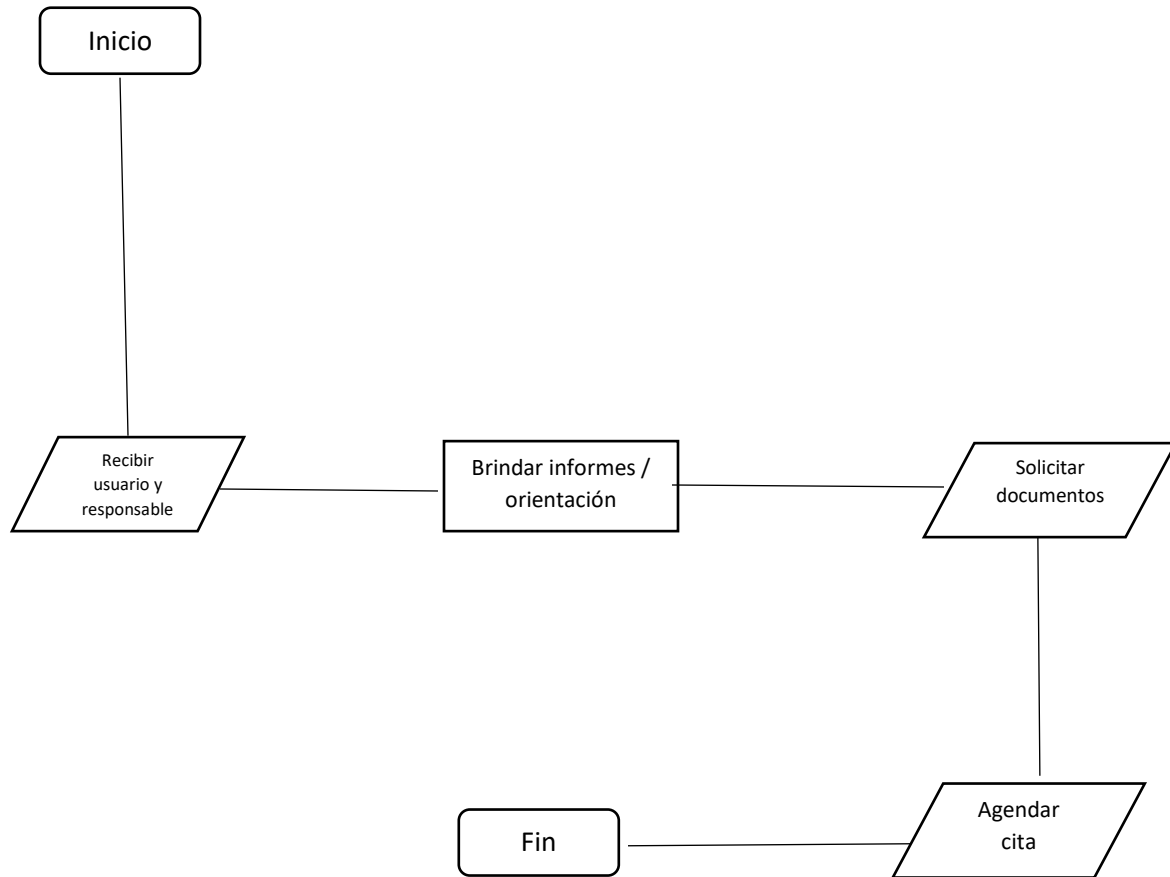
Cuando hablamos de algoritmos nos referimos a un conjunto de pasos secuenciales y ordenados con los cuáles llegaremos a un objetivo y el flujograma representa la esquematización gráfica del algoritmo. De esta manera, al proponer algoritmos y flujogramas en esta propuesta tratamos de establecer una forma de sistematizar la información que llega al CEAIA a través de distintos procedimientos de atención de manera que se nutra el banco de datos del Observatorio de tabaco, alcohol y otras drogas.

Algoritmo de Informes/Orientación

Nombre del procedimiento: Informes / Orientación		
Etapa	Actividades	Responsable

1. Recibe al solicitante y/o responsable legal	Registrar a usuario y responsable en el área de recepción principal. • Bitácora de registro	Recepcionista principal
2. Brinda informes/Orientación	Explicar a usuario y responsable legal los horarios, requisitos y servicios de atención del Centro. • Bitácora de informes • Hoja de orientación	Recepcionista de área ambulatoria Trabajo social de área ambulatoria
3. Solicita documentos	Brindar lista de documentación necesaria para recibir atención. • Formato de requisitos	Recepcionista de área ambulatoria
4. Agenda cita	Identificar día y hora disponibles para dar un espacio en agenda a usuario. • Agenda impresa • Agenda electrónica	Recepcionista de área ambulatoria
Termina procedimiento		

Flujograma de Informes/ Orientación

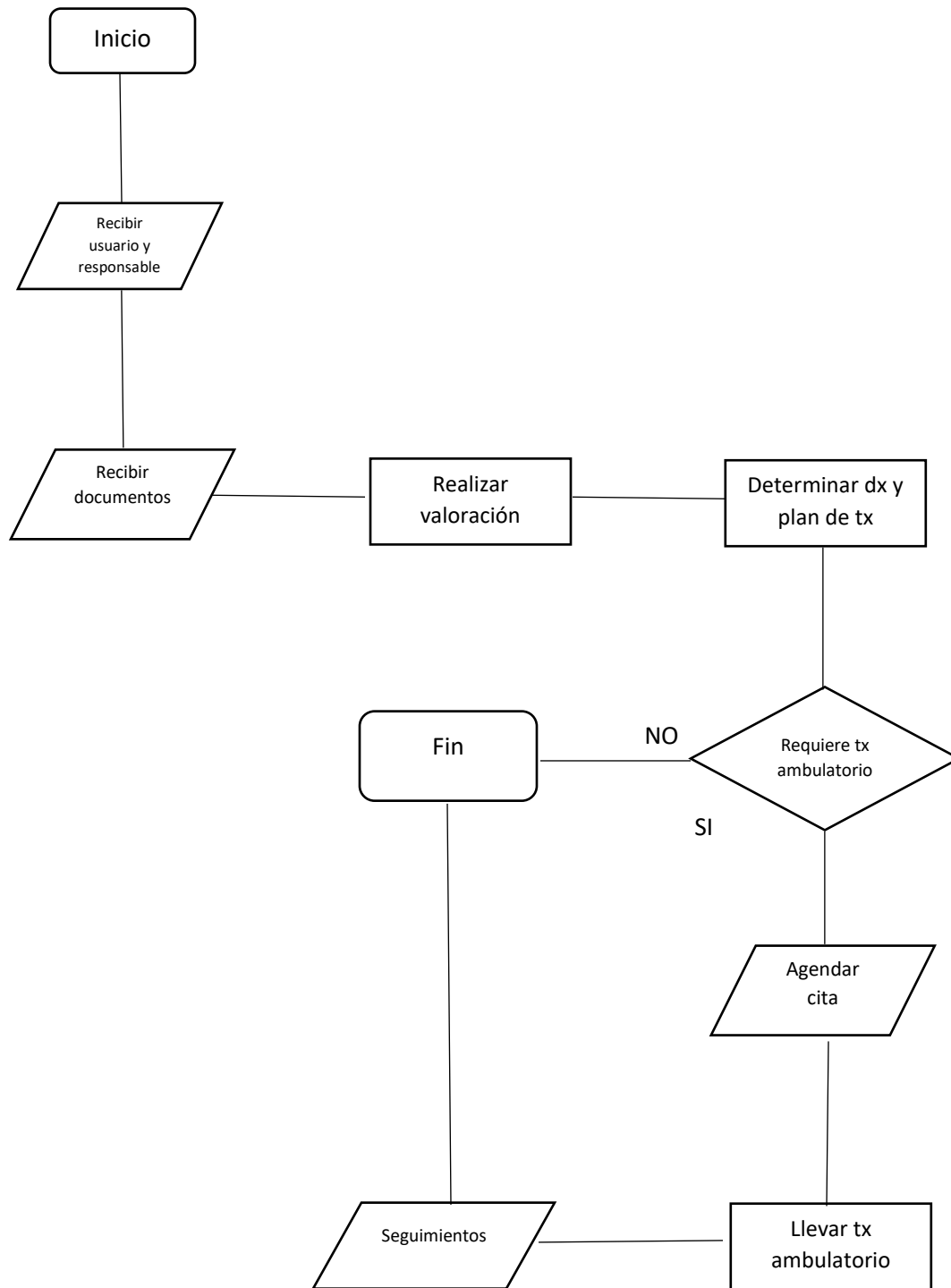


Algoritmo de tratamiento ambulatorio

Nombre de procedimiento: Tratamiento ambulatorio		
Etapa	Actividades	Responsable
1. Recibe al solicitante y/o responsable legal	<p>Registrar a la persona y responsable en el área de recepción principal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de registro 	Recepcionista principal
2. Recepciona documentos	<p>Cotejar lista de documentación solicitada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de requisitos 	Recepcionista de área ambulatoria
4. Realiza valoración	<p>Entrevistar a usuario y responsable para obtener información necesaria para su expediente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudio socioeconómico • Estudio social • Consentimiento informado • Entrevista exploratoria • Assist • Test de ansiedad de Beck • Test de depresión de Beck 	<p>Trabajo social de área ambulatoria</p> <p>Psicología de área ambulatoria</p>
5. Determina diagnóstico y plan de tratamiento	<p>Identificar características y criterios diagnósticos que definan el estado de salud y de consumo de sustancias del usuario.</p>	Psicología de área ambulatoria

		<ul style="list-style-type: none"> • Nota de evolución en expediente 	
6. Requiere tratamiento ambulatorio		<p>Explicar resultados de valoración a usuario y responsable legal con respecto al tratamiento que necesitan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota de evolución en expediente 	Psicología de área ambulatoria
7. Agenda cita		<p>Identificar hora y día en que se pueda dar cita de tratamiento a usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agenda impresa • Agenda electrónica • Carnet de citas 	Recepcionista de área ambulatoria
8. Lleva tratamiento ambulatorio		<p>Acudir a citas psicológicas en donde se revisen componentes y metas de tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de evolución en expediente • Plataforma Siseca 	Psicología de área ambulatoria
9. Acude a seguimientos		<p>Asistir a seguimientos del 1er, 3er, 6to y 12vo mes después de terminar tratamiento ambulatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de evolución en expediente • Plataforma Siseca 	Psicología de área ambulatoria
Termina procedimiento			

Flujograma de tratamiento ambulatorio



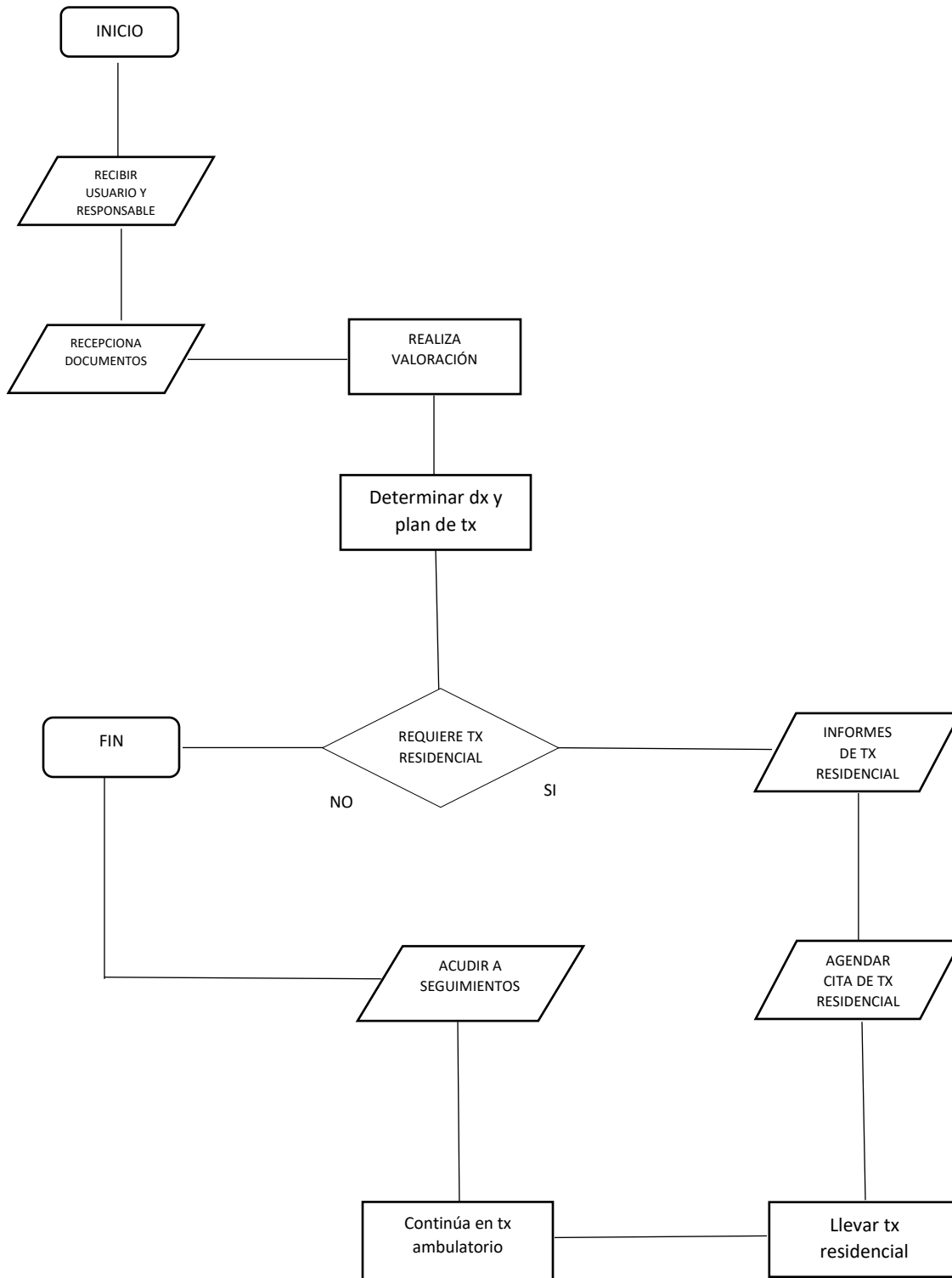
Algoritmo de tratamiento residencial

Nombre de procedimiento: Tratamiento residencial		
Etapa	Actividades	Responsable
1. Recibe a persona y responsable legal	<p>Registrar a usuario y responsable en el área de recepción principal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de registro 	Recepcionista principal
2. Recepciona documentos	<p>Cotejar lista de documentación solicitada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de requisitos 	Recepcionista de área ambulatoria
3. Realiza valoración	<p>Entrevistar a usuario y responsable para obtener información necesaria para su expediente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de apertura de expediente • Estudio socioeconómico • Estudio social • Consentimiento informado • Entrevista exploratoria • Assist • Test de ansiedad de Beck • Test de depresión de Beck 	<p>Trabajo social de área ambulatoria</p> <p>Psicología de área ambulatoria</p>
4. Determina diagnóstico y plan de tratamiento	<p>Identificar características y criterios diagnósticos que definan el estado de</p>	

	salud y de consumo de sustancias del usuario.	Psicología de área ambulatoria
	<ul style="list-style-type: none"> • Nota de evolución en expediente 	
5. Requiere tratamiento residencial	<p>Explicar resultados de valoración a usuario y responsable legal con respecto al tratamiento que necesitan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota de evolución en expediente 	Psicología de área ambulatoria
6. Informa sobre tratamiento residencial	<p>Explicar a usuario y responsable legal los requisitos para tratamiento residencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de informes y requisitos a cumplir en el tratamiento residencial • Nota de evolución en expediente • Bitácora de informes 	Trabajo social de área residencial
7. Agenda cita de ingreso	<p>Identificar hora y día en que se pueda dar cita de ingreso a tratamiento residencial a usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agenda impresa • Nota de evolución en expediente 	Trabajo social residencial
8. Lleva tratamiento residencial	<p>Permanecer 84 días internado el usuario en actividades de rehabilitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de evolución en expediente 	<p>Psiquiatría</p> <p>Medicina</p> <p>Psicología residencial</p> <p>Nutrición</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Bitácora electrónica de ingresos 	<p>Enfermería</p> <p>Trabajo social</p> <p>Asistentes terapéuticos (Consejeros)</p>
9.Continua tratamiento ambulatorio (prevención de recaídas)	<p>Seguir en actividades de tratamiento en área ambulatoria para que usuario se mantenga en abstinencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de evolución en expediente • Agenda impresa • Agenda electrónica • Plataforma Siseca 	<p>Psicología de área ambulatoria</p> <p>Psiquiatría</p>
10.Acude a seguimientos	<p>Asistir a seguimientos del 1er, 3er, 6to y 12vo mes después de terminar tratamiento ambulatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notas de evolución en expediente • Plataforma Siseca 	<p>Psicología de área ambulatoria</p>
Termina procedimiento		

Flujograma de tratamiento residencial



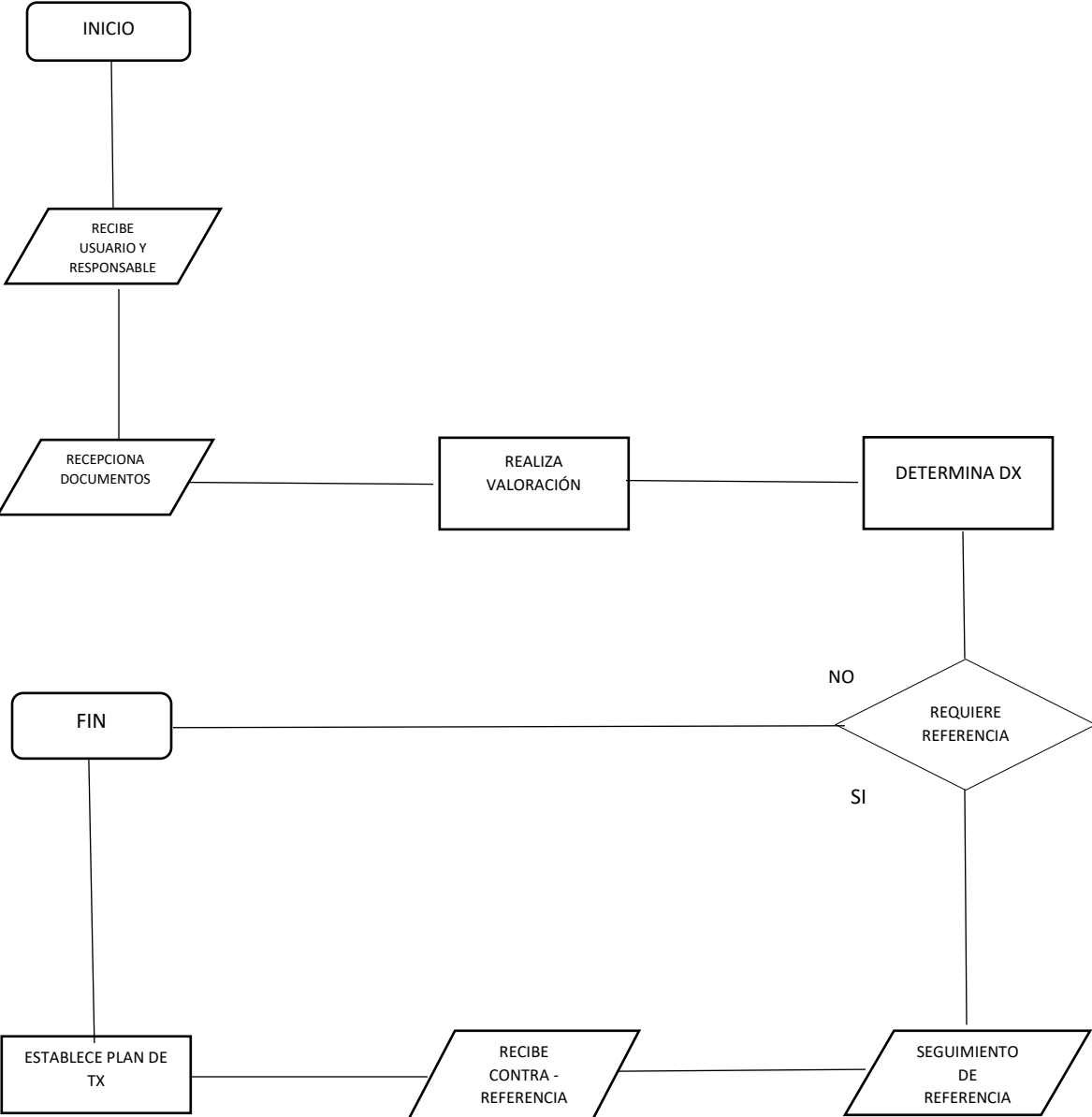
Algoritmo de Referencia

Nombre del procedimiento: Referencia		
Etapa	Actividades	Responsable
1. Recibe a usuario y responsable legal	<p>Registrar a usuario y responsable en el área de recepción principal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de registro 	Recepcionista principal
2. Recepciona documentos	<p>Cotejar lista de documentación solicitada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de requisitos 	Recepcionista de área ambulatoria
3. Realiza valoración	<p>Entrevistar a usuario y responsable para obtener información necesaria para su expediente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitácora de apertura de expediente • Estudio socioeconómico • Estudio social • Consentimiento informado • Entrevista exploratoria • Assist • Test de ansiedad de Beck • Test de depresión de Beck 	<p>Trabajo social de área ambulatoria</p> <p>Psicología de área ambulatoria</p>
4. Determina diagnóstico	<p>Identificar características y criterios diagnósticos que definan el estado de salud, estado mental y de</p>	Psicología de área ambulatoria

	<p>consumo de sustancias del usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota de evolución en expediente 	
5. Requiere referencia	<p>Describir estado de salud física y mental de persona atendida, así como explicar a la persona y responsable legal la importancia de acudir a la unidad que se refiere.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota de evolución en expediente • Formato de referencia • Bitácora de referencias 	Psicología de área ambulatoria
6. Seguimiento de referencia	<p>Llamar a usuario y responsable legal para preguntar si ya acudieron al lugar de referencia e invitarlos a que regresen al Centro y continuar con su proceso de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota de evolución en expediente • Bitácora de seguimientos de referencia 	Trabajo social de área ambulatoria
7. Recibe contra-referencia	<p>Analizar información de usuario que ayude a identificar el plan de seguimiento de usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota de evolución en expediente • Bitácora de contra referencias 	Psicología de área ambulatoria
8. Establece plan de tratamiento	<p>Identificar características y criterios diagnósticos de usuario que definan el</p>	

	estado de salud, estado mental y de consumo de sustancias de usuario. <ul style="list-style-type: none">• Nota de evolución en expediente	Psicología de área ambulatoria
Termina procedimiento		

Flujograma de Referencia



CONCLUSIONES

A través de los diferentes capítulos y apartados del presente trabajo, se ha ofrecido una exhaustiva presentación de los temas que integran la importancia de desarrollar un Observatorio de alcohol, tabaco y otras drogas y, en particular se han descrito los datos y estadísticas sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo, en nuestro país y en nuestro Estado, así como conceptos básicos que es necesario conocer en el ámbito de las adicciones; se han descrito Observatorios y sistemas de información en adicciones en el mundo y en nuestro país; se han mencionado estrategias de intervención en adicciones; se ha mostrado el modelo de atención del Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones y se ha propuesto la importancia de tener un Observatorio de alcohol, tabaco y otras drogas en el Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones en Hidalgo.

El CEAIA tiene ya 13 años de trayectoria, cuenta con un equipo operativo y administrativo, alrededor de 68 trabajadores colaboran en equipo para cumplir con los objetivos planteados; apoyados por los Servicios de Salud de Hidalgo, este Centro atiende usuarios, familiares, escuelas y otras Instituciones públicas y privadas. Informes, orientaciones, valoraciones, referencias, tratamientos, cursos, talleres, capacitaciones, tamizajes, ferias de salud son actividades llevadas a cabo diario y es de suma importancia el generar un sistema de información de todo este trabajo realizado, que se pueda aprovechar en el desarrollo de actividades en beneficio de la población hidalguense y estados vecinos.

Dentro de las conclusiones de esta propuesta se identifica la necesidad de completar una base de datos de todos los expedientes existentes en el Centro que contenga los indicadores que utilizamos; contar con un espacio físico donde esté el Observatorio y haya recursos humanos y recursos materiales disponibles para la recogida de información, análisis e interpretación de datos, así como la elaboración de informes y divulgación de la información relevante; generar un expediente electrónico que pueda facilitar los procedimientos que se llevan a cabo en el Centro y que corresponde con la tecnología y las herramientas que actualmente se utilizan.

En el contexto de la elaboración de esta propuesta como parte de las acciones del Observatorio, se considera de suma importancia dar continuidad al monitoreo epidemiológico en nuestra unidad, a fin de identificar periodos de cambio en el consumo a nivel local y regional, al tiempo de detectar oportunamente amenazas emergentes como nuevas drogas o patrones de consumo e informar de dichas amenazas para tomar acciones pertinentes.

Sin duda alguna, existen importantes retos en materia de investigación sobre drogas en nuestro país, si bien existe una importante tradición en el ámbito de levantamiento de encuestas nacionales y estatales para describir el fenómeno del consumo de drogas, es necesario implementar nuevas metodologías para

caracterizar a los consumidores, su ambiente psicosocial y los servicios de salud a los que tienen acceso. Por otro lado, es necesario ampliar la comprensión de los contextos de consumo de drogas de baja prevalencia como la cocaína, los inhalables y las nuevas sustancias psicoactivas, al tiempo de detectar oportunamente amenazas emergentes como el consumo de metanfetaminas y fentanilo. En tanto haya más apoyo y se fortalezca la investigación primordial, se garantizarán mejores políticas públicas, fundamentadas en diagnósticos actualizados y en la mejor evidencia disponible, y esta propuesta de desarrollo de Observatorio en el CEAIA pretende contribuir en tan ardua tarea.

En lo personal, este trabajo me ha dejado aprendizajes que me ayudan a identificar la importancia de atender esta área de adicciones en la cual se pueden generar muchas propuestas de atención tanto en la prevención como en el tratamiento, se puede analizar datos significativos sobre consumo de drogas en el Estado y buscar cómo divulgar esta información para que le sirva a gente que lo requiera, ofreciendo alternativas en las problemáticas que sufren; también se puede preparar a la población adolescente en habilidades necesarias para el afrontamiento de sus factores de riesgo. Finalmente, me doy cuenta que en el Estado de Hidalgo todavía hay mucho por hacer en cuestiones de salud mental y adicciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anónimos, A. (1998). *Los doce pasos*. Central Mexicana de Servicios Generales de AA.

Arias, F. & Ochoa, E. (2010). *Guía Farmacológica Específica en Adicciones*. Pereiro (Ed.). Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. Socidrogalcohol.

Aróstegui, E., Laespada, T. y Rodríguez, M. (2001). *Factores de riesgo y factores de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la Capv*. Instituto de drogas de Deusto.

Azpeitia, B. y Martín, M. T. (2002). *Las mujeres víctimas de violencia de género: manual de intervención social*. Madrid.

Bandura, A. (1975). *Modificación de conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia*. Trillas.

Beck, A. T., Wright, F.D., Newman, C. F., & Liese, B.S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós.

Becoña, E. (2014). *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*. Cuadernos de medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Madrid: Ministerio del interior.

Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., & Villanueva, V. (2011). *Manual de adicciones para Psicólogos especialistas en Psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.

Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de trastornos adictivos*. Consultado el 13 de Junio de 2021

<http://www.adamedfarma.es/wpcontent/uploads/2012/02/docproductos/dpro4487.pdf>

Caplan, G. (1980). *Principios de Psiquiatría preventiva*. Paidós.

CEAIA (2019). Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones. Modelo de Atención última actualización. Hidalgo, México.

CICAD (2019). *Observatorio Interamericano sobre drogas*. Consultado el 23 de Junio de 2021 http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/default_spa.asp

Corsi, J. (1994). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Paidós

Cruz, M. C. S. (2006). *El cerebro y el consumo de drogas*. *Boletín CINVESTAV*, Abril-Junio: 36 – 45

Cruz, S. (2014). *Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas*. Trillas.

Echeburúa, E. y de Corral, P. (2010). *Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto*. *Adicciones*. No. 22

EMCDDA. (2019). *Observatorio Europeo de la Droga y las toxicomanías*. Consultado el 2 de Julio del 2021 <https://www.emcdda.europa.eu/about-ES>

Fernández, J., & López, J.J. (2010). *Adicciones sin drogas: características y vías de intervención*. FOCAD. Formación continuada a distancia. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Gallardo, Y., Moreno, A. (1999). *Aprender a investigar*. Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior.

- García, B. (2010). *El modelo Minnesota, Un método de tratamiento para las adicciones*. Tesis doctoral. Universidad de Deusto.
- Guerri, C. (2006). *Alcohol, Bases biológicas*. Sociedad Española de Toxicomanías. Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos.
- Instituto Deusto de Drogodependencias (2014). *¿Existen las adicciones sin sustancias?* Universidad de Deusto
- Kramer, J. L., & Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Linares, N., Cravioto, P. (2003). *Revista Cubana de Medicina Integral*. Vol. 19. La Habana.
- Lozano, J. V. (2001). *Hipertensión arterial por ingestión de sustancias exógenas*. Consultado el 14 de Julio de 2021. <https://www.elsevier.es>
- Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). *Las drogas y la salud pública: hacia dónde vamos?* Consultado el 16 de Julio de 2021. <https://www.saludpublica.mx>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2017). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Consultado el 22 de Julio de 2021 https://www.paho.org/gut/index.php?op+on=com_docman&view=download&category_slug=pública+ons&alias=378-modelo-de-atencionmpas&Itemid=518
- NIDA. (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. National Institute on Drug Abuse.
- NIDA. (2011). National Institute Drug Abuse. Rockville. Consultado el 12 de Julio de 2021 <http://www.drugabuse.gov/es>

- Ochoa, E., Salvador, E., Vicente, M., & Madoz, A. (2010). *Comorbilidad psiquiátrica y adicciones*. Pereiro. Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. Socidrogalcohol.
- OEDA. (2017). Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Consultado el 21 de Julio de 2021 <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformación/home.htm>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación; Guía práctica de planificación y aplicación*. Organización de las Naciones Unidas.
- OEA. (2013). *El problema de las Drogas en las Américas; Estudios: Drogas y Salud Pública*. Organización de Estados Americanos
- OEDT. (2010). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- OMEXTAD. (2019). Observatorio Mexicano de salud mental y consumo de drogas. Consultado el 28 de Julio de 2021 <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/observatorio-mexicano-de-drogas-omd>
- Organización Mundial de la salud (1994). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de Investigación*. Meditor
- Pereiro, C. (2006). *Alcohol y diabetes: más evidencias sobre danos para la salud. Adicciones*. Consultado el 2 de Agosto de 2021. <https://www.dialnet.unirioja.es>
- Pereiro, C. (2010). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación*. SOCIDROGALCOHOL.
- Pérez, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas adicciones: ¿Adicciones nuevas?*. Intermedio producciones.
- Pérez, J. (2014). *El camino de la droga*. Consultado el 5 de Agosto del 2021. <https://www.elordenmundial.com>

- Pons, X. (2008). *Modelos interpretativos del consumo de drogas*. Polis.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). *Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas*. En M. Casas y M. Gossop. *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas*.
- Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (2017). Biblioteca Iberoamericana sobre Drogas y Adicciones. Banco de Instrumentos. Consultado el 9 de Agosto de 2021. <https://bida-copolad-pnsd.msssi.gob.es/bida-copolad/instrumento/list>.
- Sánchez, E. P. (2013). *Comportamientos de riesgo adolescente: una aproximación psicosocial*. *Revista de Psicología* 16. <https://www.revistas.pucp.edu.pe>
- Sánchez-Hervás, E., Gradolí, V. T., & Gallús, E. M. (2004). Un Modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*.
- Santesmases, X., Tor, J., & Muga, R. (2006). Comorbilidad médica, en: *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Sociedad Española de Toxicomanías, Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos: Madrid
- SISVEA. (2002). Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones México
<http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/infosisvea/informessisvea2012.pdf>
- SISVEA. (2015). Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones México.
<http://cecaj.jalisco.gob.mx/sites/cecaj.jalisco.gob.mx/files/librosisvea2015.pdf>
- SRID. (2017). Sistema de reporte de información en drogas. México.
<https://inprf.gob.mx/psicosociales/sride.html>
- Torrens, M., Astals, M., & Castillo, C. (2006). Diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica. En *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Sociedad Española de

Toxicomanías (pp. 341 – 351), Madrid, España: Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos.

ANEXOS

Glosario

abulia: Falta de voluntad o de energía para hacer algo o para moverse.

ANSE: Asociación Nacional de Seguridad y Emergencias. Busca progresar en la ciencia y el arte de los servicios de seguridad y protección civil; desarrollar y difundir prácticas administrativas, técnicas y operativas mejoradas y promover su uso en el trabajo, fomentar la cooperación y el intercambio de información y experiencias de toda la República Mexicana y el Mundo.

botulismo: es una enfermedad causada por una toxina que ataca los nervios del cuerpo. Puede causar dificultad para respirar, parálisis muscular y hasta la muerte. Con mayor frecuencia la toxina es producida por la bacteria Clostridium.

bradicardia: Descenso de la frecuencia de contracción cardíaca a 60 latidos por minuto.

broncoespasmo: quiere decir que los músculos de los bronquios se contraen y los bronquios se estrechan. El broncoespasmo no es una enfermedad por sí mismo, sino que es una parte, un componente de los síntomas que aparecen en las bronquitis y en el asma.

candiloma: Tumor benigno viral que se transmite por vía sexual y afecta a la piel o a las mucosas de la zona anal y genital.

CAPA: Centro de Atención Primaria en Adicciones. Son unidades que brindan servicios gratuitos, dirigidos a prevenir y atender el uso y abuso de sustancias adictivas.

CARICOM: Comunidad del Caribe. Es una organización internacional para el fortalecimiento de las relaciones en la región del Caribe.

CEAIA: Centro Estatal de Atención Integral de las Adicciones. Unidad especializada en la prevención y tratamiento multidisciplinar de las adicciones.

CICAD: Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas. Es el órgano consultivo y asesor de la OEA sobre el tema de drogas.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades. Se compone de miles de códigos que se utilizan en todo el mundo para clasificar las enfermedades, adoptar decisiones acerca de la financiación de los sistemas de salud, para elaborar estadísticas destinadas a hacer un seguimiento de las tendencias sanitarias.

comorbilidad psiquiátrica: Es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro.

comunidad terapéutica: Una comunidad terapéutica es un ámbito libre de drogas en el que personas con problemas de adicción y otros problemas viven juntos de una manera organizada y estructurada con el fin de promover el cambio y de hacer posible una vida libre de drogas en la sociedad real.

CONADIC: Comisión Nacional contra las Adicciones. Consolida las acciones para la prevención de las adicciones en los ámbitos individual, familiar y comunitario, privilegiando grupos vulnerables y Amplia la cobertura de servicios de tratamiento para la atención integral de personas con uso, abuso y dependencia de drogas.

counseling: Consiste en un proceso de interacción entre el *counselor* y el cliente, con el objetivo de ayudar al individuo con respecto a un problema que atraviesa.

delirium tremens: Es un cuadro confusional agudo producido por la privación alcohólica. Los principales síntomas que presenta este síndrome son una desintegración de la conciencia en que aparecen alucinaciones visuales, delirios, labilidad emocional y estupor.

DGIS: Dirección General de información en salud. Genera la información de los servicios otorgados en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, que proporcione los insumos para la administración y planeación de los servicios de salud.

disartria: Dificultad para articular sonidos y palabras causada por una parálisis o una ataxia de los centros nerviosos que rigen los órganos fonatorios.

disfagia: Dificultad o imposibilidad de tragar.

droga: Sustancia que se utiliza con la intención de actuar sobre el sistema nervioso con el fin de potenciar el desarrollo físico o intelectual, de alterar el estado de ánimo o de experimentar nuevas sensaciones, y cuyo consumo reiterado puede crear dependencia o puede tener efectos secundarios indeseados.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Es una guía ampliamente utilizada en Estados Unidos para el diagnóstico de los trastornos de salud mental, tanto en adultos como en niños.

eclampsia: Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Este Observatorio proporciona a la Unión Europea y a sus Estados miembros una visión objetiva del problema de las drogas en Europa y una base sólida sobre la que fundamentar el debate en esta materia. En la actualidad, el EMCDDA ofrece a los responsables políticos la información que necesitan para preparar leyes y estrategias bien fundamentadas en materia de drogas. La agencia también ayuda a los profesionales e investigadores de este campo a identificar buenas prácticas y nuevas áreas de investigación.

encefalopatía Wernicke Korsakoff: es un trastorno cerebral debido a la deficiencia de tiamina, es causada por cambios dañinos en el cerebro, generalmente debido a la falta de vitamina B-1 (tiamina), común en personas que sufren de alcoholismo. Los síntomas comunes son: incapacidad para formar nuevos recuerdos, pérdida de la memoria que puede ser severa, pérdida de coordinación muscular movimientos descoordinados al caminar, marcha inestable, confabulación, alucinaciones, cambios en la visión incluyendo visión doble y caída de los párpados.

ENCODAT: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. Ofrece datos nacionales y estatales que representan la fuente más confiable para determinar la magnitud, forma y tendencias del problema en la población general de nuestro país (población de 12 a 65 años captada en hogares).

ENCODE: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes. Es una encuesta probabilística en población escolar 5° y 6° de primaria, secundaria y bachillerato con representatividad nacional y de cada Estado del país en relación al consumo de drogas.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa la obstrucción del flujo de aire de los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de moco (esputo) y sibilancias.

ENPOL: Encuesta Nacional de Población Privada de la Libertad. Genera información estadística relevante sobre las condiciones de procesamiento e internamiento de la población de 18 años y más que legalmente ha sido privada de su libertad en Centros Penitenciarios por la supuesta comisión de un delito, su perfil demográfico y socioeconómico, los delitos por los cuales fueron procesados y sentenciados, entre otras características.

ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. Tienen como objetivo conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas y otras adicciones entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias.

estupor: Es una ausencia de respuesta de la que solo se puede salir mediante una estimulación física vigorosa.

FODA: Fortaleza, Oportunidades, Debilidades, Amenazas. Es una herramienta de estudio de la situación de una empresa, institución, proyecto o persona, analizando sus características internas y su situación externa.

hemoptisis: Expectoración de sangre proveniente de los pulmones o los bronquios causada por alguna lesión de las vías respiratorias.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Organismo público autónomo responsable de normar y coordinar el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, así como de captar y difundir información de México en cuanto al territorio, los recursos, la población y economía, que permita dar a conocer las características de nuestro país y ayudar a la toma de decisiones.

JIFE: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Es un órgano independiente y cuasi judicial constituido por expertos que fue establecido en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, creado en virtud de la Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes.

leucoencefalopatía: Es una enfermedad desmielinizante, potencialmente fatal o con secuelas neurológicas graves. La inmuoafectación más frecuentemente asociada a la LMP es la secundaria al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida.

metaplasia: Es la transformación o reemplazo de un tejido adulto en otro de la misma clase.

modelo de atención mixta: Se refiere a los servicios de atención que cuentan con programas estructurados con componentes profesionales para diagnosticar, tratar y rehabilitar las adicciones, así como componentes de la filosofía del modelo de ayuda mutua. En ellos trabajan profesionales de la salud, así como adictos en recuperación.

morbi mortalidad: Conocer de qué se enferma la población y de qué muere, ayuda a comprender la dinámica del crecimiento de la población, y sobre todo permite analizar y diseñar las políticas de salud para el bienestar de la población.

NDEWS: Sistema Nacional de Alerta de Drogas. Brinda al campo de las adicciones información oportuna, destacada y valiosa sobre las tendencias emergentes en el uso de sustancias.

NIDA: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos. La misión del NIDA es avanzar la ciencia de las causas y las consecuencias del consumo de drogas y la drogadicción y aplicar el conocimiento para mejorar la salud individual y la del público.

OEA: Organización de los Estados Americanos. La Organización fue fundada con el objetivo de lograr en sus Estados miembros un orden de paz y de justicia, fomentar su solidaridad, robustecer su colaboración y defender su soberanía, su integridad territorial y su independencia.

OEDA: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Realiza y coordina, en el territorio español, las actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, sobre el consumo de drogas y sobre otras adicciones.

OEDT: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Proporciona a la UE y sus países miembros información real, objetiva, fiable, comparable y a escala europea sobre las drogas, las toxicomanías y sus consecuencias, con objeto de asesorar la elaboración de políticas en la materia y guiar las iniciativas de lucha contra la droga.

OID: Observatorio Interamericano sobre Drogas. Es la unidad de investigación de la CICAD y brinda apoyo a los Estados Miembros de la OEA en la recopilación y análisis de datos sobre el problema de las drogas para que puedan diseñar políticas nacionales más efectivas.

OMEXTAD: Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas. Permite llevar a cabo la vigilancia epidemiológica de las adicciones en el ámbito de la oferta y la demanda mediante la cooperación con otras Instituciones.

OPS: Organización Panamericana de la Salud. Cooperación técnica con los Gobiernos miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que se conserva un ambiente saludable y se avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para todos y por todos.

peristaltismo: Es una serie de contracciones musculares, estas contracciones ocurren en el tubo digestivo, moviliza los alimentos a través del aparato digestivo, la orina desde los riñones a la vejiga, la bilis desde la vesícula biliar hasta el duodeno.

prevención indicada: Se entiende por programas de prevención indicada de las adicciones aquellos dirigidos a individuos con factores específicos de vulnerabilidad, que experimentan los primeros síntomas de abuso de sustancias, de otros comportamientos adictivos o que tienen otros problemas de conducta relacionados.

prevención selectiva: Se entiende por programas de prevención selectiva de las adicciones aquellos que se dirigen a grupos o colectivos de personas que, por sus características o circunstancias personales, sociales o ambientales, están en situación de especial riesgo de consumo de drogas o de otros comportamientos adictivos.

prevención universal: Es aquella que puede dirigirse a la población en general, sin distinción, beneficiándolos a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamiento duraderos.

primodelincuente: Es un sujeto que comete una conducta antisocial, por primera vez independientemente de que haya estado bajo la acción de un procedimiento penal.

rabdomiólisis: se produce cuando las fibras musculares dañadas por enfermedades, lesiones o sustancias tóxicas se descomponen y liberan su contenido en el torrente sanguíneo. Una enfermedad grave puede causar lesión renal aguda.

rinitis: Inflamación de la mucosa de las fosas nasales.

SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Es el conjunto de estrategias y acciones epidemiológicas que permiten la producción de información epidemiológica útil para la salud pública.

SISECA: Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones. Es una dependencia del Sector Salud que se encarga de coordinar y promover acciones de prevención, tratamiento e investigación de las adicciones, propiciando la participación de instituciones de los sectores público y privado.

SISVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Es una estrategia esencial para la detección de enfermedades y llevar a cabo programas de prevención, control o erradicación de las mismas.

SRID: Sistema de Reporte de Información de Drogas. Es un mecanismo de recolección de datos donde se procesa, analiza y se pone a disposición la información diagnóstica de tipo estadística sobre el consumo de drogas en la Ciudad de México.

SRS: Sistema de Seguridad Regional. Es un acuerdo internacional para la defensa de la región oriental del Caribe. El SRS fue creado como respuesta a las amenazas de seguridad que afectaban la estabilidad de la región a finales de los 70 y comienzos de los 80.

sustancia psicoactiva: Es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento.

TTA: Tribunal para el Tratamiento de Adicciones. Establece trabajo documentado que describe el proceso que lleva a cabo la coordinación de Gestión Judicial para los juzgados de Control dentro del programa Tribunal para el tratamiento de adicciones.

UNEME: Unidades de Especialidades Médicas. Pertenecen a un modelo de atención médica donde se ofrecen servicios ambulatorios especializados.

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Su misión es contribuir a la paz y la seguridad, a los derechos humanos y al desarrollo construyendo un mundo más seguro frente a las drogas, la delincuencia, la corrupción y el terrorismo y trabajando con y para los Estados Miembros.

vasculitis cerebral: Comprenden un amplio grupo de entidades caracterizadas por la afectación de los vasos del sistema nervioso central (SNC) ocasionado por la inflamación de su pared, que conduce a la oclusión o a la formación de aneurismas.

xerosis: Sequedad de la piel, la mucosa o de la conjuntiva.