

ISSN 1665-9104

ANUARIO DE INVESTIGACION EN ADICCIONES



Universidad de Guadalajara
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara FAA

Vol. 8 No. 1 Diciembre del 2007

DIRECTORIO

Publicación del Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones (CEAA),
Cuerpo Académico 505 Consecuencias, Manejo y Prevención de las Adicciones
Departamento de Fisiología, División de Disciplinas Básicas
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Universidad de Guadalajara

Editor

Dr. Octavio Campollo Rivas

Responsable de la Edición

Dr. Octavio Campollo Rivas

Diseño General y Edición WEB

Dr. Jorge Raúl González Brambila

Comité Editorial

Dr. Gaspar Cervera Martínez (Esp)
Dra. Kim Fromme (EUA)
Dr. Héctor Gallardo Rincón (Mex)
Dr. Andrés A. González Garrido (Mex)
Dr. Alejandro Madrigal (G.B.)
Dr. Jane Maxwell (EUA)
Dra. Ma. Elena Medina Mora (Mex)
Dr. Arturo Panduro Cerda (Mex)
Mtro. James Potter (EUA)
Dr. Jorge Enrique Segura Ortega (Mex)
Dr. Juan Luis Soto Mancilla (Mex)

Donativos y Relaciones públicas

Dr. Alfonso Gutiérrez Padilla

Registro

Dr. Gabriel Hernández Ruiz

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Mtro. Carlos Jorge Briseño Torres. Rector General
Mtro. Gabriel Torres Espinoza. Vicerrector Ejecutivo
Lic. José Alfredo Peña Ramos. Secretario General
Dr. Víctor Manuel Ramírez Anguiano. Rector. CUCS
Mtro. Vicente Teofilo Muñoz Fernández. Secretario Administrativo. CUCS
Mtro. Rogelio Zambrano Guzmán. Secretario Académico. CUCS
Mtro. Baudelio Lara García. Dir. División de Disciplinas Básicas. CUCS
Dr. Ernesto G. Cardona Muñoz. Jefe del Departamento de Fisiología. CUCS
Dr. Octavio Campollo Rivas. Director Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones

CENTRO DE ESTUDIOS DE ALCOHOLISMO Y ADICCIONES.

3º piso. Antigua Escuela de Medicina. Hospital no. 320 Sector Hidalgo. Tel. 1199-4923
Guadalajara Jalisco C.P. 44280

e-mail.- calcohol@cucs.udg.mx

Registro Dir. Gral. Derechos Autor 04-2001-021616485200-102

Número ISSN 1665-9104

Sitio web: <http://www.cucs.udg.mx/alcoholismo>

EDITORIAL

La situación de las adicciones en México se encontró en el presente año con un ímpetu y un esfuerzo inusitado del gobierno en la campaña (guerra) contra los traficantes de drogas resultando en la incautación y decomiso de muchas toneladas de droga y bienes en diferentes partes del país. Relacionado con los recursos incautados, se anuncia un programa de atención y tratamiento para las personas adictas con el plan de creación de numerosos centros de tratamiento entre otras cosas. El anuncio también incluye esfuerzos educativos a nivel escolar.

Por otro lado se aprobó una nueva legislación en la capital del país para controlar y restringir el uso de tabaco en lugares públicos, algo que existe en nuestro estado de Jalisco desde el año 2001, aunque como muchas otras cosas, no se lleve cien por ciento a la práctica. No obstante, hay que resaltar que una institución centinela de la salud en la región centro occidente de México, el Hospital Civil de Guadalajara (antiguo) se mantiene a la vanguardia en los aspectos relacionados con la legislación vigente con respecto al control del tabaco. El Hospital se encuentra actualmente recertificado lo cual incluye la aplicación del programa de *Hospital libre de humo de tabaco* (recientemente se están revisando las áreas para fumadores así como también se ha aplicado mas estrictamente la supervisión de las cafeterías). En consonancia con lo anterior el 28 de mayo de 2007 se inauguró la *Clínica para dejar de fumar*, de la cual el Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones ha sido el principal promotor y eje de la organización. La Clínica, integrada por un equipo multidisciplinario para la aplicación de un modelo médico-integral que sigue un programa de tratamiento cognitivo-conductual, ha estado aplicando la experiencia teórica acumulada desde hace varios años (Anuario de Investigación en adicciones vol.5, 2005) con buenos resultados.

En este número se presentan algunos artículos relacionados con las adicciones en Canadá (ver editorial respectiva). Esta información y las ligas anotadas abren la puerta para establecer contactos y llevar a cabo futuras colaboraciones con investigadores de Canadá.

Por otro lado con la llegada de nuestro nuevo Rector General, Mtro. Carlos Jorge Briseño Torres, se ha anunciado un apoyo extraordinario para la investigación que ya se empieza a hacer patente incluso en el campo de las adicciones. Esperamos que igualmente, la disponibilidad de los recursos extraordinarios a nivel federal obtenidos de la incautación de dinero y bienes producto del trafico de drogas alcancen para invertir en la investigación en este campo y no solamente en los tan anunciados centros de tratamiento, que como sabemos, tiene un alcance limitado tanto temporal como en la salud pública. Parte de la solución esta en investigar el problema a fondo y encontrar las mejores soluciones basadas en la evidencia científica. En este número se comentan las estrategias y tácticas que aplican nuestros vecinos de Norteamérica para fomentar y desarrollar la investigación en este campo.

Finalmente, el número de colaboraciones enviadas a esta revista han aumentado teniendo que seleccionar aquellas que se publican con base en criterios de calidad y pertinencia. Agradecemos a nuestro Rector Carlos Jorge Briseño Torres y al Vicerrector Gabriel Torres, a todos nuestros colaboradores y a ustedes lectores su interés por esta revista.

Dr Octavio Campollo Rivas.
Editor

LAS ADICCIONES EN CANADÁ.

EDITORIAL

El problema de las adicciones adquiere matices distintivos según la población y el país en que se presente de modo que en ocasiones es difícil hacer comparaciones directas en forma general y con frecuencia se encuentran grandes contrastes en casos particulares. El trabajo de Brochu y colaboradores en este número muestra sin embargo información por demás interesante acerca del problema de las adicciones en Canadá. Llama la atención la prevalencia tan elevada en algunos casos como el de la marihuana y la no tan elevada, como podría esperarse al tomar como punto de referencia a los Estados Unidos, de otras como la cocaína. Para México y Latinoamérica es muy interesante observar como hay prevalencias de uso de alcohol (y de cocaína) muy similares a algunos de nuestros países. Por otro lado el planteamiento del trabajo es por demás interesante, incluye desde la mención de aspectos económicos del problema de las drogas en la introducción siguiendo con la información obtenida a través de diferentes encuestas nacionales. Otro de los aspectos tratados es el problema de las adicciones en la población carcelaria enfocado no tanto al uso intracarcelario de drogas sino al tipo de crímenes u ofensas cometidas relacionadas con las drogas y al patrón de conducta delictiva de los usuarios de drogas, enfoque pocas veces aplicado en nuestro medio. Posteriormente trata sobre el uso de drogas entre los jóvenes incluyendo información particular sobre la provincia de Québec, una de las mas grandes de Canadá; esto último recordándonos que el Canadá es un mosaico socio-demográfico y cultural con una de las geografías mas grandes y variadas del mundo que forzosamente presenta particularidades regionales pero que en este trabajo esta analizado en forma integral. Este planteamiento podría ser muy interesante aplicado a algunos de nuestros países con extensas geografías que de alguna manera deben analizarse en forma general y regional.

Este trabajo nos deja muchas enseñanzas y reflexiones; tal como se pudo entrever en el Congreso anual del College of problems on drug dependence (CPDD) llevado a cabo en Québec, Canadá en junio de 2007, donde se presentaron diferentes aspectos, diferentes instituciones, provincias (regiones) organizaciones e instituciones canadienses en las que se deja ver una coordinación y un eje integrador nacional dirigido hacia el avance multidireccional de todos los organismos e instituciones involucrados.

Por otro lado tenemos la colaboración de Khenti que nos presenta y da información sobre el Centro de Adicciones y salud Mental (CAMH) de Toronto, Ont. que es la principal institución de habla inglesa para el estudio y tratamiento de las adicciones en Canadá. Como podemos ver dicha institución no solamente estudia y trata las adicciones sino también participa en programas de prevención, educación y capacitación no solo en territorio canadiense sino en muchos países del mundo en coordinación con organismos internacionales como lo demuestra el hecho de que el CAMH es un Centro de colaboración de la Organización mundial de la salud (OMS) así como también participa en programas de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Lo anterior muestra como en el mundo globalizado las distancias geográficas se han reducido gracias a los medios de transportación modernos y a los sistemas de telecomunicación. Por otro lado puede verse como CAMH no solo es una institución de referencia en muchos aspectos sino que también tiene iniciativas propias incluso a nivel legislativo tanto provincial como nacional. Otra característica interesante es el arraigo y las bases comunitarias de la institución, que similar a muchas otras organizaciones canadienses toma en cuenta y dirige gran parte de sus actividades a las comunidades en las que tiene presencia lo que hace que el CAMH tenga raíces muy sólidas no solo en el aspecto médico-científico sino también en el aspecto social.

Posiblemente una asignatura pendiente y que tiene relación con investigaciones canadienses hechas y en proceso, es la adicción al juego (de azar) campo de estudio que se ha desarrollado en instituciones especializadas como el CAMH. Dicho tema se presenta como una de las áreas emergentes en nuestro país donde acabamos de pasar una etapa de discusión legislativa y entramos en una etapa de apertura de centros de juego y de renovación de la franquicia de juegos de azar que controla el gobierno, situaciones que no han sido estudiadas por especialistas en adicciones todavía.

Aprovechemos esta información y establezcamos los contactos y colaboraciones posibles para avanzar en el estudio de este gran problema.

Dr Octavio Campollo R.
Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones

ILLCIT DRUG USERS IN CANADA: A GENERAL STATISTICAL OVERVIEW

Serge Brochu, Ph.D, Benoit Lasnier, B.Sc., Mylène Orsi,
M.Sc.
University of Montreal

Resumen

Las drogas ilegales en Canadá: una panorámica estadística general.

El objetivo de este artículo es revisar el problema de las adicciones presentando una imagen general del uso de drogas en Canadá. Mientras que has varias maneras de acercarse a este tema, escogimos revisar la información estadística disponible. Tal información sin embargo, oculta otra realidad que solo puede mostrarse a través de microanálisis, sugiriendo que nuestra presentación estaría complementada por el trabajo de otros autores. Pudimos encontrar alguna información de todas las provincias del Canadá pero en algunas áreas no se encuentra disponible dicha información. En esos casos utilizamos información que ilustran la situación de la provincia de Québec. Aunque el panorama estadístico del uso de drogas en Canadá puede ser preocupante (casi el 50 % de los canadienses ha usado drogas ilegales alguna vez en la vida, así como más de una tercera parte de los estudiantes de Québec en los últimos 12 meses, de hecho las estadísticas mas recientes indican una disminución de la prevalencia de uso de drogas entre los adolescentes. Más aun, ese uso de drogas parece estar más limitado al uso de cannabis de forma experimental.

Palabras clave: Canadá, adicciones, drogas, epidemiología, Québec.

Summary

The objective of this paper is to look at this question by presenting an overall picture of drug use in Canada. While there are many ways to approach this subject, we have chosen to look at available statistical data. Such data, however, hides another reality that can only be revealed by microanalyses, suggesting that our presentation would be complemented by the work of other authors. There is a further problem with using statistical data in that Canadian institutional systems responsible for collecting such data in Canada operate independently. As well, in a federal country where each province retains some decisional power and autonomy, it is difficult to collect data that applies to all of Canada. We were able to find some data for all provinces, but in some areas such data was not available. In these cases we have used data that illustrate the situation of the province of Quebec. Although the statistical overview of illicit drug use in the general population may look frightening (nearly 50% of Canadians have used an illicit drug as least once, as have more than one third of Quebec students in the last 12 months), in fact, the most recent statistics indicate a reduction in the prevalence of drug use among teenagers. Furthermore, their drug use tends to be limited to cannabis used on an experimental basis.

Key words: Canada, illegal drugs, epidemiology, Québec

INTRODUCTION

The consequences of alcohol and drug abuse are numerous: delinquency and higher drop-out rates, absenteeism and loss of productivity at work, increased risk of contracting or passing sexually transmissible infectious diseases, withdrawal from social and professional life, road accidents, family problems, violence, and early death (Rehm, Baliunas, Brochu, Fischer, Gnam, Patra, Popova, Sarnocinska-Hart, and Taylor, 2006; Mueser, Noordsy, Drake, and Fox, 2003; Roy, Haley, Leclerc, Lemire, Boivin, Frappier, and Claessens, 2000). In 2002, the costs related to alcohol, drug, and tobacco abuse were estimated at \$1,267 for each person in Canada (Rehm *et al.*, 2006). Costs attributable to tobacco use were \$541, while those due to alcohol abuse alone were \$463. The most important cost related to alcohol abuse was the loss of productivity due to disease or premature death. The most frequent cause of early death was cirrhosis, followed by car accidents. Many of these accidents involve young drivers, which imposes an even greater financial burden to the loss of expected life-time earnings. Costs related to illicit drugs were \$262, which were due largely to loss of productivity, costs related to law enforcement (because such substances are illegal), and direct costs of health care. The part of these costs related to health care (\$8.8 billion) seems small

when compared with the cost of loss of productivity (\$24.3 billion). Costs related to crime and the justice system amount to \$5.4 billion. What is the reality hidden behind all that money?

We begin with a general portrait of illicit drug use in Canada, considering recent tendencies in drug use and looking at several sub-groups in the population that are rarely reached by national prevalence surveys: detainees, young delinquents, and street youth. We then explore the links between illicit drug use and crime among these marginal populations. Finally, we provide a statistical portrait of the place of drug-related crimes in law enforcement activities in Canada.

1) Drug use in the general population

Data on the prevalence of illicit drug use in Canada can be found in the Canadian Survey on Addiction (CSA), undertaken in 2003 and 2004 (Adlaf, Begin and Swaka, 2005). This survey uses a two-level random sampling technique: households were selected using a random dial device, and then a random member of each household (aged 15 years old or more) was asked to respond by telephone to the survey.

To provide a larger perspective on the evolution of drug use in Canada, results collected by the CSA were compared to those obtained from two other general surveys that focused on alcohol and drug use: the 1989 National Survey on Alcohol and Other Substances (NSAS) (Eliany, Giesbrecht and Nelson, 1990), and the 1994 Canadian Survey on Substance Use (CSSU) (MacNeil and Webster, 1997). In 2004, 79.3% of Canadians aged 15 or more admitted to having used alcohol at least once in the twelve months preceding the survey. This prevalence rate is higher than the one obtained in 1994 (72.3%) (Demers and Poulin, 2005).

With regard to illicit substances, the percentage of Canadian citizens reporting use of an illicit substance at least once in their lifetime jumped from 28.5% in 1994 to 45% in 2004. Those who reported having used an illicit substance in the twelve months preceding the survey increased from 7.6% to 14.4%. Table 1 illustrates the prevalence of lifetime illicit drug use, while Table 2 shows results obtained for the twelve month period preceding the survey.

Table 1: Percentage of Canadian citizens aged 15 or more who report use of an illicit drug at least once in their lifetimes (1989, 1994, 2004)

ILLICIT DRUG	NSAS (1989) % (CI)	CSSU (1994) % (CI)	CSA (2004) % (CI)
Cannabis	23.2* (22.1-24.2)	28.2* (27-29.3)	44.5 (43-46)
Cocaine or crack	3.5* (3-4)	3.8* (3.3-4.3)	10.6 (9.7-11.6)
LSD, speed or heroin	4.1* (3.6-4.6)	5.9* (5.3-6.5)	13.2 (12.2-14.2)

Source: Racine and Swaka (2005). In: Canadian Addiction Survey

*: Significantly different from the CSA; R: Result possibly subject to a sampling bias

Table 2: Percentage of Canadian citizens aged 15 or more who reported having used an illicit drug during the twelve months period preceding the survey (1989, 1994, 2004)

ILLICIT DRUG	NSAS (1989) % (CI)	CSSU (1994) % (CI)	CSA (2004) % (CI)
Cannabis	6.5* (5.8-7.1)	7.4* (6.7-8.1)	14.1 (13.1-15.1)
Cocaine or crack	1.4 (1.1-1.7)	0.7* (0.5-0.9)	1.9 (1.5-2.3)
LSD, speed or heroin	0.4 ^R (0.2-0.6)	1.1 (0.8-1.4)	1.3 (1-1.7)

Source: Racine and Swaka (2005). In: Canadian Addiction Survey

*: Significantly different from the CSA; R: Result possibly subject to a sampling bias

The results of the CSA, NSAS, and CSSU surveys show that cannabis is the most commonly used illicit substance in Canada. There has, however, been a substantial increase (7.3%) in the last ten

years in the category that includes LSD, speed, and heroin (5.9% in 1994, 13.2% in 2004). Heroin use during the twelve months preceding the surveys remained constant at less than 1% (0.5% in 1994 and 0.9% in 2004). The prevalence rates for speed and LSD both increased significantly, from 2.1% to 6.4% and from 5.2% to 11.4% respectively between 1994 and 2004.

While survey results from the general population suggest that illicit drug use has increased in Canada, data obtained from Quebec high school students in 2004 illustrate another trend. The Quebec Survey on Tobacco, Alcohol, Drugs, and Gambling among Secondary Students, 2004 (Quebec Institute of Statistics, 2005) showed that 68% of students reported having used alcohol at least once in their lifetime while 39% reported having used drugs at least once. These prevalence rates are similar to those noted during a twelve month period (63% for alcohol and 36% for drug use). Comparing the results obtained on the 2004 Survey to those from 2000 and 2002 (Quebec Surveys on Tobacco Use among Secondary Students, Quebec Institute of Statistics, 2000 and 2002) confirms the decrease in both alcohol and illicit drug use prevalence rates during a twelve month period (from 71.3% to 63.5% for alcohol, and from 42.9 to 36.4% for illicit drugs).

Another positive observation from the 2004 Survey is that the majority of secondary students (64%) had not used drugs during the twelve months preceding the survey (Quebec Institute of Statistics, 2005). Regarding problematic alcohol or drug use, the 2004 data repeats that found in 2002 in that the vast majority of students (84%) did not report any obvious alcohol or drug use problem and tended to use these substances only on an occasional basis (Quebec Institute of Statistics, 2002 and 2005) .

Table 3: Change in alcohol and drug use among secondary students during a twelve month period, Quebec, 2000-2004

PSYCHOACTIVE SUBSTANCE	2000 %	2002 %	2004 %
Alcohol	71.3	69.0	63.5
Cannabis	40.6	39.1	35.5
Hallucinogens	15.6	12.5	11.2
Amphetamines	7.0	7.6	10.3
Cocaine	5.2	5.2	5.0
Solvents	2.9	2.2	1.9
Heroin	1.2	1.2	1.3
Other drugs or non-prescribed medication	2.3	2.4	2.9

Sources: Quebec Institute of Statistics, Quebec Survey on Tobacco Use among Secondary Students (2000 and 2002); Quebec Survey on Tobacco, Alcohol, Drugs, and Gambling among Secondary Students (2005)

The data in table 3 demonstrates that cannabis remains the illicit drug of choice among high school students, although it is slowly losing some of its popularity (35.5% in 2004 as compared to 40.6 in 2000). The rate of hallucinogen use has not changed a great deal since 2002, but did diminish between 2000 and 2004 (from 15.6% to 11.2%). There was also a significant reduction in the use of solvents from 2000 to 2004 (from 2.9% to 1.9%), while amphetamine use increased from 7% in 2000 to 10.3% in 2004 (Quebec Institute of Statistics, 2005).

2) Drug use among federal and provincial prison populations

Drug use among inmates cannot be considered according to the same standards applied to the general population. PERNANEN, COUSINEAU, BROCHU and SUN (2001) interviewed 221 men in a federal penitentiary, as well as 94 men and 100 women in provincial prisons. Their results show that 81% of the federal inmates questioned admitted to having used both alcohol and illicit drugs at least once in their lifetime. Only 12% reported having used only alcohol while a mere 3% had used only illicit drugs. Multiple substance use thus seems very common among this population. The results obtained for both samples of provincial inmates also support this assertion as 94% of male detainees and 90% of female detainees reported having used alcohol and illicit drugs at least once. The consumption of alcohol only seems to be slightly less prevalent among the provincial inmate

population, with only 5% of males and 10% of females in this category. Neither males nor females in these two samples reported having used only illicit drugs.

Table 4: Life use of psychoactive substances among inmates admitted to federal penitentiaries and provincial prisons in Quebec

(Detention Center of Montreal, Maison Tanguay)

	FEDERAL INMATES (%)	PROVINCIAL INMATES (MEN) (%)	PROVINCIAL INMATES (WOMEN) (%)
Drugs only	3	0	0
Alcohol only	12	5	10
Alcohol and drugs	81	94	90

Source: Pernanen, Brochu, Cousineau, and Sun (2001)

Pernanen et al. (2001) report that 79.9% of inmates in their samples had used cannabis at least once, while a smaller percentage reported having used PCP (25.5%), LSD (39.9%), barbiturates (15.1%), or Quaalude (12.0%). They also found that within the prison population (both federal and provincial) cocaine (58.7%), crack (28.0%), and heroin (19.3%) seem to be preferred to stimulants such as MDMA (13.7%) and amphetamines (15.4%). These findings may reflect the fact that heroin and cocaine have been easily available since the 1970s and 1980s respectively, while MDMA and amphetamines have only recently appeared on the Canadian drug scene.

3) Drug use among high school students, dropouts, and delinquents

The data from the DAVI international study (Drugs, Alcohol and Violence International) was collected at different sites (Montreal, Toronto, Philadelphia, and Amsterdam) from various groups aged 14 to 18 (high school students, dropouts, and delinquents). The results for psychoactive substance use can be found in Table 5.

Table 5: Lifetime substance use for students, dropouts, and delinquents aged 14 to 18

	Students (%)	Dropouts (%)	Delinquents (%)
Alcohol	75.4	95.0	96.2
Cannabis	44.8	90.5	95.4
Hallucinogens	12.5	51.1	69.3
Amphetamines	4.3	32.9	56.3
Cocaine	2.8	29.1	48.7
Crack	2.1	13.1	33.2
Heroin	0.7	3.5	8.4

Source: Brochu, Cousineau, Sun, Tétrault (2007)

These results indicate important use rates for each of the three groups, although delinquents show the highest rates. Dropouts also report higher rates than those who are still in high school. There are even more striking differences regarding the consumption of so-called “hard” drugs. For example, the rate of cocaine use, which is only 3% for students, is 10 times higher for dropouts and 16 times higher for delinquents. The same upward trend can be noted for hallucinogens, amphetamines, crack, and heroin. As the preferred substances for all groups were alcohol and cannabis, it is likely that a large majority of the dropouts and delinquents interviewed have used them at least once (Brochu, Cousineau, Sun and Tétrault, 2007).

4) Relation between drug use and crime

Goldstein (1985) was the first to develop a conceptual model to describe different aspects of the relation between drug use and crime. His model is tripartite and considers the psychopharmacological properties of the substance, its economic aspect, and the characteristics of the illicit drug market. The psychopharmacological aspect of this model hypothesizes that without substance intoxication the perpetrator would not have committed a particular criminal offence. The economic-compulsive aspect is based on the hypothesis that an individual may commit a crime in order to obtain the financial resources he/she needs to sustain his/her dependence on drugs or alcohol. (It is important to note that the individual must show symptoms of dependence on the substance in question for it to be considered a motive for crime.) Finally, the systemic aspect

makes it possible to consider an indirect association between drug use and crime through the intricate relations found in the illicit drug market. This aspect of the model deals with crimes that happened, for example, during drug trades or territorial conflicts related to the drug market (Goldstein, 1985).

The application of Goldstein's model to the DAVI study results indicates that:

The total corrected proportion of violent acts related to intoxication is 7.8% for students, 13% for dropouts, and 25.7% for delinquents (psychopharmacological model).

The need to obtain illicit drugs seems to be related to a large number of violent acts. Specifically, 6% of students, 22% of dropouts, and 24% of delinquents reported that their most violent act was committed in order to get psychoactive substances (economic-compulsive model).

The proportion of violent acts associated with the illicit drug market is 5% for students, 21% for dropouts, and 33% for delinquents (systemic model).

Table 6: Application of the tripartite model to the DAVI study results

	Students (%)	Dropouts (%)	Delinquents (%)
Psychopharmacological	8	13	26
Economic-compulsive	6	22	24
Systemic	5	21	33

Source: Brochu, Cousineau, Sun, Tétrault (2007)

More than half (57%) of the most serious offences committed by delinquents were directly linked to psychoactive substances. This observation agrees with the conclusions of previous studies conducted with adult inmates (Pernanen *et al.*, 2001).

Pernanen *et al.* (2001) considered the nature of the most serious offence committed by federal inmates. Their results show that 37% of the 1,120 subjects dependent on alcohol reported their most serious crime to be of a violent nature, while the equivalent statistic was much smaller among drug-addicted inmates (18% of 2,402 participants). Forty-five percent of the alcohol-dependent sample had committed their most serious offence to obtain money, compared to 60% of all subjects with an addiction to illicit drugs. Only 5% of the alcohol-dependent participants and 14% of drug-addicted subjects had committed their most serious offence because of an involvement in drug market activities.

This study also makes it possible to determine which types of offences were more likely to have been committed by those in federal prisons who were dependent on alcohol, on illicit drugs, or on both. Almost 16% of the 535 homicides recorded were committed by drug-addicted inmates, as were 33.6% of aggravated thefts, 31.2% of break and enters, 33.3% of burglaries, and 21.7% of drug-related offences. Alcohol-dependent inmates committed 13.5% of all homicides reported, 16.2% of assault and batteries, 7.9% of sexual offences, and, understandably, 23.8% of DUI (driving under the influence) offences. Subjects in the sample of federal inmates who reported dependence on both alcohol and drugs were responsible for 9.2% of homicides, 10% of attempted murders, 10.2% of assault and batteries, and 10.7% of all burglaries.

The provincial part of this study, conducted with male and female inmates incarcerated in Montreal, demonstrates that a higher proportion of alcohol-dependent male subjects committed violent or monetary offences as their most serious crime (14.3% and 50.0% respectively) as compared to 9% and 43.9% for drug-addicted inmates. The proportion of inmates who committed their most serious offence in relation to the illicit drug market is almost the same for alcohol-dependent (7.1%) and drug-addicted subjects (7.3%). The trend observed in the female inmate sample is somewhat different, with the most serious offences committed by drug-addicted subjects being for monetary gain (52.4%) or drug market-related (7.1%), while violent offences (11.8%) are the largest category in the alcohol-dependent sample (Pernanen *et al.*, 2001).

The last results seem to support the psychopharmacological model, which asserts that violent crimes are more likely to be related to alcohol and/or drug use. As hypothesized on the economic-compulsive part of the model, crimes for monetary gain are more likely to be committed by hard drug users who need substantial financial resources to sustain their addiction. Drug-related offences committed in the context of the illicit drug market can also be understood on the systemic component of the tripartite model. Since their illegal status means that illicit drugs are not as easy to obtain as alcohol, it is not surprising to find regular users involved in the drug market. This involvement often translates into increased exposure to systemic violence and police repression.

5) Drug affairs in Canada

The number of drug-related cases recorded by police across Canada has increased over the last decade, with the exception of 2003 and 2005 (Table 7). Closer analysis shows that the increase can be largely imputed to the increase in the number of cannabis-related cases, which changed from 47,234 in 1996 to 59,973 in 2005. The total number of cocaine-related cases, although increasing after 2002, appears relatively stable through the decade when compared to cannabis -- small increases of approximately a thousand cases a year seem marginal when compared to the increase in cannabis-related cases over the same time period. As for heroin cases, an important decrease can be seen between 1996 and 2005, with a drop from 1,287 in 1996 to 803 in 2005. The last category of drug cases examined, all other illicit drugs, shows a strong increase, rising from 3,661 in 1996 to 12,520 in 2005. This increase -- 342% over nine years -- can be explained by the fact that a new group of illicit drugs (ecstasy and crystal meth among others) entered the Canadian market during this period and became increasingly popular.

Table 7: Number of drug cases reported by the police according to the type of illicit drug involved, Canada 1996 – 2005

	Cannabis	Heroin	Cocaine	Others
1996	47 234	1 287	11 478	3 661
1997	47 933	1 235	11 468	4 928
1998	50 917	1 323	12 182	6 499
1999	60 011	1 323	11 963	6 845
2000	66 274	1 226	12 829	7 762
2001	67 921	951	12 145	8 378
2002	69 687	786	12 737	9 571
2003	61 087	657	14 225	10 816
2004	67 895	799	16 974	11 956
2005	59 973	803	18 951	12 520

Sources: CANSIM II SERIE V12415876 for Canada, Total, Heroin, All cases; CANSIM II SERIE V12416459 for Canada, Total, Cocaine, All cases; CANSIM II SERIE V12417098 for Canada, Total, Other drugs, All cases; CANSIM SERIE V12417744 for Canada, Total, Cannabis, All cases

Drug-related cases represent only a small fraction of the total number of cases handled by the Canadian police, constituting less than 3% of all cases reported up to 1999 and around 3.4% from 2000 on. Interestingly, there is a drop in the proportion of drug-related crimes in reported for 2003 (3.1%, compared to 3.5% in 2002). This decrease may be related to a decrease in the number of cannabis-related cases (Table 7), which may be the result of ambivalence regarding enforcement or sentencing under the laws dealing with cannabis. Individuals responsible for law enforcement or applying penal sanctions, namely police officers and judges, are confused as to whether laws pertaining to cannabis should be applied rigidly or leniently. The constitutionality of Canadian laws dealing with cannabis possession has been contested and a bill was recently introduced in Canada to decriminalize possession of small quantities of cannabis. However, following the 2006 election, which resulted in a change of the party in power from the Liberals to the Conservatives, the bill was dropped.

Possession offences constituted approximately 65% of all drug cases reported in 2005, with nearly 73% of those for possession of cannabis. The more serious cases, for instance trafficking, importation, and production, make up a much smaller part of reported crimes. A new trend, however, seems to have emerged in Canada over the last decade and is having an effect on the proportion of drug-related cases recorded yearly: the amount of cannabis grown in Canada has, according to the Criminal Intelligence Service, more than doubled in the last ten years. When one considers that the total number of arrests for cannabis production has increased over this period but is still miniscule when compared to the number of arrests for possession, the gap between the prosecution of minor and major offences appears even greater.

Brochu (2006) emphasizes the importance of recognizing that not all drug cases brought to the attention of the authorities automatically result in formal charges. Dion (1999) notes that fewer than 60% of reported drug cases result in legal proceedings. However, because each Canadian province has its own indictment procedures and law enforcement practices, this assertion must be looked at within the national context. In the last years, the number of sentences pronounced for drug cases across Canada seems to be decreasing in relation to the total number of sentences. As Brochu (2006) reports, at the beginning of 2000 drug cases made up approximately 3.7% of all sentences

resulting in prison terms, while in the mid-1990s they accounted for more than 6%. It is still true, however, that many Canadians are sentenced each year for drug possession, while more serious offenders (traffickers, importers, and producers) are never prosecuted, suggesting that the Canadian policy toward drug-related offences must be re-examined, particularly in light of the number of recreational cannabis users who are sentenced while drug dealers and producers are never prosecuted.

CONCLUSION

In terms of illicit drug use, Canada has shown noticeable changes during the last two decades: an increase in the number of persons who have taken illicit drugs; an important increase in the amount of cannabis grown in Canada; diversification of both users and products; changes in the ways illicit drugs are used; development of harm reduction strategies; and the normalization of the relations established towards illicit drugs. Laws related to drug use have not, however, changed much, despite enormous pressure for change from researchers and doctors.

Although the statistical overview of illicit drug use in the general population may look frightening (nearly 50% of Canadians have used an illicit drug as least once, as have more than one third of Quebec students in the last 12 months), the real situation doesn't require extraordinary measures. In fact, the most recent statistics indicate a reduction in the prevalence of drug use among teenagers. Furthermore, their drug use tends to be limited to cannabis used on an experimental basis.

In some sub-groups, however, particularly delinquents and marginalized individuals, prevalence rates suggest that immediate attention is required. It is rare to find a young dropout or delinquent who doesn't report using illicit drugs, often on a daily basis (Brochu, 2006). As well, such individuals are usually disconnected from traditional socialization institutions (i.e., family, school, etc.), which makes it more difficult to involve them in rehabilitation programs. Given this, it is not surprising that a substantial proportion of crimes committed in Canada are related to the use of illicit psychoactive substances. Parnanen et al (2001) estimate that drug-related crimes constitute nearly half of all crimes committed in Canada and illicit drug users are thus frequently in contact with law enforcement and justice systems. Penitentiaries offer drug addiction treatment, but too often specialized addiction treatment is not offered to addicts until they commit a crime serious enough to justify federal incarceration (e.g. a sentence of two years or more). The drug addiction treatment services provided for young delinquents continue to be considerably less structured and accessible. While free treatment services are offered in each Canadian province, it is important to remember that the most deviant individuals, for many reasons, will not be interested in attending.

Many Canadian studies that have evaluated prevention and treatment programs focused on drug addiction have shown that such programs have positive effects (Currie, 2001; Fischer, Glicksman, Rehm, Daniel, and Medved, 1999; Perreault, Héroux, White, Lauzon, Mercier, and Rousseau, 2007; Perreault, Rousseau, Mercier, Lauzon, Gagnon, and Côté, 2003). Nonetheless, professionals in the drug addiction field have still not been able to determine what the main objective of treatment should be. Should it be abstinence from all illicit drugs or only those that are the most hazardous to health? Should we work toward lifelong abstinence or toward better management and integration of drug use into an individual's lifestyle?

Certainly the large studies conducted to ascertain the prevalence of illicit drug use among Canadians and some 'at risk' groups have merit and should be continued, as by identifying changes in drug use trends they act as a measure of the evolution of illicit drug use in Canada. However, it seems clear that we must also work to better understand the social and psychological causes of involvement in deviant trajectories that lead to drug addiction, marginality, dropping out of school, and criminality. Such information is vital to help professionals and decision makers better manage the situations that result in the highest social costs.

REFERENCES

Adlaf, E.M., Begin, P., Swaka, E. (eds.) (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC): Une enquête sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa: Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Brochu, S., Cousineau, M.M., Sun, F., Tétrault, M. (2007). Jeunes, drogues, violence : points saillants. Journée des partenaires du RISQ, avril 2007.

Brochu, S. (2006). L'application de la loi réglementant certaines drogues et autres substances au Canada : 1995-2004. In Zen-Ruffinen, P. (Ed.). *Mélanges en l'honneur de Pierre-Henri Bolle*. Bâle: Helbing and Lichtenhahn.

Currie, J.C. (2001). *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Youth with Substance Use Problems*. Ottawa: Health Canada.

Demers, A., Poulin, C. (2005). Consommation d'alcool. In: Adlaf, E.M., Begin, P., Swaka, E. (Eds.) (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC): Une enquête sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa: Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Dion, G.A. (1999). Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues de 1995 à 1998. Comité Permanent de lutte à la toxicomanie, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.

Eliany, M., Giesbrecht, N., Nelson, M. (1990). *National Alcohol and Other Drugs Survey: Highlights Report*. Ottawa, Santé et bien être social Canada.

Fischer, B., Glicksman, L., Rehm, J., Daniel, N., Medved, W. (1999). Comparing opiate users in methadone treatment with untreated opiate users: Results of a follow-up study with a Toronto opiate user cohort. *Canadian Journal of Public Health*, 90 (5), 299-303.

Goldstein, P.J. (1985). The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15 (4), 493-506.

MacNeil, P., Webster, I. (1997). *Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues : analyse des résultats*. Ottawa : Travaux publics et services gouvernementaux Canada.

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. New York, NY: The Guilford Press.

Pernanen, K., Cousineau, M.M., Brochu, S., Sun, F. (2001). *Proportion of Crime Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada*. Ottawa: Canadian centre on substance abuse.

Perreault M., Héroux M.-C., White N.D., Lauzon, P., Mercier C., Rousseau M. (2007). Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigences peu élevées. *Canadian Journal of Public Health*, 98 (1), 33-36.

Perreault M., Rousseau M., Mercier C., Lauzon P., Gagnon C., Côté P. (2003). Accessibilité aux traitements de substitution à la méthadone et réduction des méfaits : le rôle d'un programme à exigences peu élevées. *Canadian Journal of Public Health*, 94 (3), 197-200.

Quebec Institute of Statistics (2000). Quebec Survey on Tobacco Use among Secondary Students, 1999.

Quebec Institute of Statistics (2002). Quebec Survey on Tobacco Use among Secondary Students, 2001.

Quebec Institute of Statistics (2005). Quebec Survey on Tobacco, Alcohol, Drugs, and Gambling among Secondary Students, 2004.

Racine, S., Swaka, E. (2005). Évolution des habitudes de consommation d'alcool et d'autres drogues. In Adlaf, E.M., Begin, P., Swanka, E. (eds.). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC): Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : la prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, A., Sarnocinska-Hart, A., Taylor, B. (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Roy, E., Haley, N., Leclerc P., Lemire N., Boivin J.F., Frappier J.Y., Claessens, C. (2000). Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth. *International Journal of STD and AIDS*, 11 (4), 241-247

Exploración de factores de riesgo y protección asociados al consumo de alcohol en adolescentes rurales.

Everardo Legaspi Escobedo* - Felipe Saucedo Ibarra* - Carolina Galarza* - José Félix Valdez Ruiz* - Kalina Isela Martínez Martínez*.
Universidad Autónoma de Aguascalientes

Recibido: 3 Agos 2007

Aceptado: 9 Nov 2007

Resumen

El presente estudio forma parte de una investigación que tiene como fin validar un programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol u otras drogas. A partir de los datos obtenidos de este trabajo, se exploraron los factores de riesgo y de protección relacionados al consumo de sustancias de los adolescentes. Se trabajó con una muestra de 30 estudiantes de zona rural cuya sustancia principal de consumo fue el alcohol, la edad de los adolescentes varió entre los 14 y los 18 años. Se utilizaron dos instrumentos de evaluación, uno llamado "POSIT" y la "Entrevista Inicial". Los datos obtenidos abarcan distintas áreas (comunitaria, familiar, escolar e individual) de los cuales resaltan el consumo de sustancias de los padres como factor de riesgo. Dentro de los factores protectores resaltan la alta percepción de riesgo de los adolescentes con respecto al consumo, la supervisión paternal y el establecimiento de reglas por parte de los padres, con respecto al consumo. Los resultados encontrados ofrecen un panorama más claro en cuanto a factores de riesgo y de protección, en comunidades rurales que pueden contribuir en la planeación de estrategias de intervención efectivas.

Palabras clave: Adolescentes, Alcohol, Factores de riesgo, Factores protectores, zona rural.

Abstract

Exploration of risk and protective factors related to alcohol consumption in rural adolescents

The present study is part of a bigger investigation which objective is the validation of a brief intervention program for adolescents that initiate the alcohol and other drugs consumption. The risk and protective factors related to alcohol and drug consumption were explored from the collected data of this work. The sample comprised 30 students between 14 and 18 years old which principal drug is alcohol. Two instruments of evaluation named "POSIT" and "Initial Interview" were used in this investigation. The outcomes comprise different areas: communitary, familiar, school and individual. Father consumption is one of the most important results about risk factors. The most important results about protective factors are high risk perception, parental supervision and rules establishment of parents about consumption. These commented results provide a better view about risk and protective factors of rural adolescents in order to contribute in the development of effective treatment intervention strategies.

Key words: Adolescents, Alcohol, Risk Factors, Protective Factors, Rural Community.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa en donde ocurren cambios en distintas esferas como la familiar, la escolar y la relación con amigos y con el sexo opuesto. Ante estos cambios, los adolescentes suelen experimentar con diversas conductas, entre ellas las consideradas como de riesgo (1,2). Siendo una de ellas, el consumo excesivo de sustancias, la cual se manifiesta por diversas razones, entre las que se encuentran la curiosidad, la búsqueda de sensaciones nuevas, los problemas emocionales y el deseo de ser aceptados en grupos sociales (3). La evidencia empírica ha mostrado que el consumo de drogas está originado y mantenido por diversos factores de naturaleza multidimensional, los cuales son conocidos como factores de riesgo, que son aquellas circunstancias o características personales o ambientales que pueden predecir la presencia de una conducta problema, en este caso, el consumo excesivo de sustancias (4). En la actualidad existe un acervo de información importante acerca de los factores de riesgo relacionados al consumo de sustancias, gran parte proviene de investigaciones realizadas en zonas urbanas, sin embargo, en los años recientes ha crecido el interés por estudiar el consumo de sustancias en zonas rurales.

Una muestra de ello es la inclusión de las zonas rurales en los resultados de la última Encuesta Nacional de Adicciones, información que en las versiones anteriores no había sido contemplada (5). En general, las investigaciones realizadas tanto en zona rural como urbana, han aportado información valiosa en el estudio del consumo de sustancias de los adolescentes, lo que ha permitido elaborar alternativas para abordar esta problemática. De los estudios que han aportado información para la realización de esta tarea, se encuentran los orientados en la identificación de los factores de riesgo y de protección relacionados al consumo de drogas, lo que resulta de especial interés para la planificación y desarrollo de alternativas eficaces basadas en la modificación o potenciación de tales factores (4,6). Entre estas alternativas se encuentran los programas de intervención breve, que han mostrado ser eficaces en el trabajo con adultos y adolescentes consumidores de sustancias que no presentan dependencia a alguna sustancia (7-15). Un ejemplo de lo anterior es el “Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas”. Este programa ha mostrado ser efectivo en la reducción de patrones de consumo y de consecuencias relacionadas, así como en el aumento de la confianza para lograr el cambio, en adolescentes de zonas urbanas que presentaban consumo excesivo de alcohol y otras drogas (11,21). Actualmente, este programa está siendo validado en comunidades rurales, zona que se caracteriza por tener altas tasas de pobreza y un limitado acceso a servicios de salud (16), por lo que es importante contar con alternativas cuyas cualidades sean la eficacia, la corta duración y el bajo costo, siendo las intervenciones breves las que se adecuan a estas condiciones.

Un aspecto importante para la evaluación de los programas de intervención breve, es conocer los factores de riesgo y de protección relacionados en el consumo de sustancias, con el fin de realizar trabajos de intervención y de prevención más efectivos. Es por eso que en este estudio se pretende realizar una exploración acerca de los factores de riesgo y de protección, en una muestra de adolescentes de zona rural que asisten a un programa de intervención breve. La investigación es de tipo exploratorio ex post facto, que permite realizar búsquedas empíricas sistemáticas, sin tener control directo sobre la variable independiente, debido a que ya acontecieron sus manifestaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Objetivo

Explorar factores de riesgo y protección asociados al consumo de alcohol en adolescentes de comunidades rurales del estado de Aguascalientes.

Sujetos

Muestra clínica no probabilística de 30 adolescentes (18 hombres y 12 mujeres) con edades entre los 14 y 18 años, estudiantes de una secundaria y dos bachilleratos (escuelas públicas) pertenecientes a dos comunidades rurales del Estado de Aguascalientes (Jesús María y San Francisco de los Romo). Entendiéndose como comunidad rural aquellas localidades con un número de habitantes menor a 2,500 (17).

Instrumentos

Cuestionario de Tamizaje de los Problemas de los Adolescentes, “POSIT” (18). Es un cuestionario que consta de 81 reactivos y contempla 7 áreas de funcionamiento. Para los objetivos del programa sólo se utiliza el área de uso/abuso de sustancias (17 reactivos). La confiabilidad interna del instrumento es de 0.9057, medida a través del estadístico *Alpha de Cronbach*.

Entrevista Inicial (19,20). La entrevista consta de 68 reactivos divididos en 10 áreas: escolar y laboral, administración del tiempo libre, consumo de sustancias, familiar, salud, sexualidad, conducta antisocial, depresión y riesgo suicida, migración y satisfacción personal. La validez se obtuvo por medio de jueceo, con un acuerdo del 100%.

Procedimiento

Para nuestros fines se utilizaron dos instrumentos aplicados durante las fases de detección de casos y de evaluación (“POSIT” y “Entrevista Inicial”, respectivamente). El “POSIT” fue aplicado a cada uno de los grupos de tercer año pertenecientes a nivel secundaria y a todos los grupos de nivel preparatoria. Posteriormente, se seleccionaron a todos los adolescentes que respondieron de manera afirmativa a uno o más de los reactivos para entrevistarlos de manera individual con la finalidad de corroborar sus respuestas y definir si eran candidatos para tratamiento. El siguiente paso, fue la aplicación de la “Entrevista Inicial”, de la cual se obtuvo la información que posteriormente fue capturada con el uso programa SPSS v11.0. El último paso fue el registro de frecuencias con los resultados obtenidos del mismo instrumento. Para los objetivos de estudio, se utilizó la clasificación de factores de riesgo realizada por Hawkins, Catalano y Miller (21), que consta de cinco categorías: comunitarios, familiares, escolares, individuales y fisiológicos.

Retomando esta clasificación y agregando datos referentes a factores de protección dentro de las mismas categorías, se realizó una integración en la que se agrupan datos de diversos autores acerca de ambos tipos de factores. Estos datos se muestran en la tabla 1.

Categoría	Factores de Riesgo	Factores Protectores
Comunitarios	Leyes y normas de uso favorable Disponibilidad de la sustancia en la comunidad Extrema privación económica Existencia de agentes inductores (amigos, vendedores, publicidad)	Seguridad en la comunidad Buena relación social Normas sociales positivas Cohesión social del vecindario Habitantes que promueven seguridad y salud Buena situación económica
Familiares	Padres consumidores Poca unión familiar Escasa o nula Supervisión de los padres Falta de afecto o involucramiento de los padres Inconsistencia en las normas familiares Padres con educación mayor a secundaria	Monitoreo Involucramiento de padres con sus hijos Atención de padres a hijos Actividades entre padres e hijos Apoyo en actividades Presencia de padres en casa Fuerte vínculo entre padres e hijos Claros límites y disciplina consistente Comunicación entre padres e hijos Expectativa de que los hijos terminen la preparatoria
Escolares	Bajo compromiso Fracaso escolar Escuelas con bajo nivel académico Escuelas con programas no adaptados a las necesidades del medio Escuelas con controles demasiado exigentes.	Asistir a la escuela Atención en clases Buen desempeño escolar Sentimiento de conexión con maestros y compañeros Involucramiento de padres con maestros Normas escolares referentes al consumo de cigarrillos y violencia
Individuales	Búsqueda de sensaciones Baja percepción de la auto-eficacia Problemas de comportamientos tempranos y/o persistentes Percepción positiva hacia los efectos de las drogas Oposición hacia los valores dominantes de la sociedad Inicio temprano del consumo de sustancias	Autovalía Autocontrol Alta percepción de autoeficacia Habilidades de rechazo Habilidades de comunicación Habilidades en solución de problemas Habilidades para manejo de ansiedad Establecimiento de metas

RESULTADOS

La detección de casos se llevó a cabo en 3 escuelas, dos preparatorias y una secundaria. Un total de 153 adolescentes contestaron el "POSIT", de los cuales 108 eran estudiantes de nivel preparatoria y el resto de secundaria. Eligiendo para la aplicación de la "Entrevista Inicial" a los 30 adolescentes que respondieron de manera afirmativa a uno o más reactivos del "POSIT". Los datos obtenidos se agruparon de acuerdo a la tabla realizada acerca de factores de riesgo y protección, retomando la clasificación de Hawkins, Catalano y Miller (21). Se consideraron todas las categorías a excepción de los factores de riesgo fisiológicos, ya que el instrumento de evaluación utilizado para este estudio no ofrece información referente a estos.

La principal sustancia de consumo, es decir, aquella consumida con mayor frecuencia al momento del estudio, fue el alcohol (90%), siendo la edad promedio de inicio a los 13.13 años y encontrando a la cerveza como la bebida consumida con mayor frecuencia (93.3%). Además, el 65.5% reportó ser fumador, siendo el inicio de consumo entre los 9 y 17 años de edad. El 36.7% manifestó haber probado otras drogas como la marihuana, cocaína, inhalables y estimulantes, siendo la edad promedio de inicio a los 14 años.

Factores Comunitarios

Los adolescentes reportaron realizar diversas actividades cuando no estaban en la escuela; el 50 % mencionó que su consumo está relacionado con sus actividades; de estos, 40% lo relacionó

con salir con amigos o primos, y el 10 % con hacer deporte. En lo referente al aspecto económico, el 76.7% de los adolescentes opinó que los adultos de su familia ganaban lo suficiente para vivir.

Factores Familiares

El 83.3 % de los adolescentes manifestó que su padre vivía con ellos y el 90 %, que su madre también lo hacía. El 43.3% respondió que su padre había tenido problemas debido a su consumo de alcohol y el 26.7% tiene hermanos en esta misma situación. El 13% reportó que su papá y sus hermanos habían consumido otras drogas además del alcohol y del tabaco. Por su parte, el 60 % afirmó que sus padres estaban enterados acerca del consumo de alcohol de sus hijos. Del total de la muestra, y con respecto a las normas, el 80 % de los adolescentes expresó que sus padres han puesto reglas claras en relación al consumo de sustancias. El 70% manifestó que sus padres estaban de acuerdo en la manera de educarlos. El 55.2 % señaló que la mayoría de las veces, sus padres sabían donde se encontraban y que actividades hacían; y el 83.3% manifestó que sus padres les ponían atención. El 86.7 % reportó que sus padres no suelen pelear entre ellos y el 66.7 % de los adolescentes no discutía con sus padres. El 80 % y 60 % de los adolescentes, expresó que su papá y su mamá, respectivamente, no aprobaban que sus hijos consumieran alcohol. Además, el 50 % afirmó que sus padres ayudarían a sus hijos a cambiar su consumo. En relación a la educación de los padres, el 53.4 % reportó tener estudios de primaria trunca o terminada. Y en relación a la ocupación, el 50 % de los adolescentes señaló que sus padres eran obreros y el 80 % de las madres, amas de casa.

Factores Escolares

La mayor parte de los entrevistados reportó asistir de manera regular a la escuela (93%). Con respecto a su desempeño escolar, el 63.3 % manifestó tener un promedio de siete, el 56.7 % había reprobado alguna materia. El 36.7% había reprobado un año escolar y el 66.7 % consideraba su desempeño escolar como normal con respecto a sus demás compañeros.

Factores Individuales

El 50 % de los adolescentes entrevistados afirmó tener un mejor amigo que consumía alcohol. El 44.8 % del total de los entrevistados tenía un mejor amigo con problemas debido a su consumo de alcohol. El 37.9 % expresó que su mejor amigo veía mal que ellos tomaran, aunque el 31 % lo veía bien. Por su parte, el 46.7 % consideraba que la mayoría de los jóvenes de su edad veía bien el consumo de bebidas alcohólicas. El 33.3 % consideraba su consumo sin problema, por su parte, el 33.3 % lo consideraba como un pequeño problema, es decir, se preocupaban por su consumo pero no habían tenido ninguna consecuencia negativa. En cuanto a la percepción acerca del consumo, el 56.7 % consideraba peligroso el tomar alcohol muy seguido. Con respecto a las normas de los padres acerca del consumo de alcohol, el 72.4 % respondió que era importante seguir las normas de sus padres. El 33.3 % de los entrevistados reportó sentirse triste con frecuencia. El 43.3 % había pensado por lo menos una vez que no puede seguir adelante y el 50 % expresó haber tenido pensamientos sobre la muerte, por lo menos en una ocasión. El 36.7% se sentía satisfecho con su estilo de vida y el 26.7% se sentía inseguro en cuanto a qué tan satisfecho se sentía. El 76.6 % de los entrevistados tenía como meta principal el continuar o terminar sus estudios, el porcentaje restante se refería a tener trabajo, formar una familia y dejar de consumir sustancias.

DISCUSIÓN

El presente estudio forma parte de una investigación más amplia que tiene como objetivo validar el programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (12) en población urbana y rural del estado de Aguascalientes; del cual se obtiene información acerca de la presencia de factores de riesgo y de protección relacionados al consumo de drogas. Se utilizó la clasificación de Hawkins, Catalano y Miller (21) debido a que es una de las más completas y ambiciosas, al incluir datos de distintas áreas, dando un panorama más amplio de los factores de riesgo, distinguiéndose de los trabajos realizados por otros investigadores que se centran en un dominio específico (27). En cuanto a los "Factores Comunitarios", dentro de las actividades recreativas, casi la mitad de los adolescentes asocian su consumo de alcohol con salir con amigos. En relación a este dato, en otras investigaciones, se ha mostrado que es un factor de riesgo, revelando la influencia que tienen los amigos para el consumo de sustancias (21,28). Dentro de la familia, el factor de riesgo encontrado es la influencia tanto del papá como de los hermanos, ya que ambos presentan consumo problemático. Por otro lado, se observa la presencia

de varios factores protectores, como son: el que habiten ambos padres con sus hijos, buena relación entre padres y entre padres e hijos, supervisión de las actividades de los hijos y apoyo de los padres para modificar el consumo y reglas claras con respecto al consumo (21,23). En relación a los "Factores Escolares", los adolescentes de esta muestra consideraron tener un desempeño académico normal con respecto al grupo, además de que la mayoría tiene un promedio escolar de siete, lo que evidencia que no existe fracaso escolar, siendo esto un factor de protección para el consumo de sustancias. Además, de acuerdo con la literatura, la asistencia a la escuela es un factor protector (21). En cuanto a los "Factores Individuales", la mitad de los entrevistados reportan tener amigos que consumen y que han tenido problemas debido a su consumo de sustancias. Con respecto a éste dato, se ha encontrado evidencia de que los amigos consumidores tienen una influencia importante para que los adolescentes inicien y mantengan su consumo. El proceso mediante el que los adolescentes son influidos por sus pares incluye diferentes mecanismos, siendo el modelaje el más importante, además del refuerzo selectivo de ciertas conductas de los adolescentes, que tienen la finalidad de buscar la aceptación en el grupo de amigos (29-32). En otros datos referentes a los amigos, se observa que una tercera parte de ellos percibe como negativo que los adolescentes consuman sustancias y una proporción similar lo perciben como positivo. En este sentido se aprecia la existencia de una influencia a favor del consumo y otra en contra, ya que al comparar los datos anteriores con investigaciones relacionadas, el primero ha sido identificado como factor de riesgo y el segundo como de protección (21,33). Sin embargo, al estar en proporciones similares no sabemos de qué manera están influyendo en los adolescentes de esta muestra. Por otro lado, se encontró que la mayoría de los adolescentes está de acuerdo en que es peligroso consumir alcohol muy seguido, esto ha sido relacionado a una alta percepción de riesgo con relación al consumo, lo cual se reporta como factor protector (33). Sin embargo, refieren su consumo como no problemático o un problema menor, lo que muestra que los adolescentes no han tenido o no identifican problemas relacionados a su consumo, por lo tanto no se preocupan. Esto ha sido identificado en la literatura como un factor de riesgo para el consumo de sustancias (21,22). Una tercera parte de la muestra manifestó sentirse triste con frecuencia y la mitad manifestó haber tenido pensamientos sobre la muerte. En otras investigaciones se ha identificado una relación entre la depresión y el abuso y dependencia de sustancias (34). Aunque es importante considerar que en este estudio sólo se mencionan algunos indicadores de depresión, pero no del trastorno como tal, por lo que no se puede definir si los entrevistados presentan determinado trastorno del estado de ánimo.

Los resultados de este estudio permiten conocer las características de una muestra de adolescentes que asisten a tratamiento. Es preciso aclarar que las respuestas obtenidas con la "Entrevista Inicial" se basan en la percepción de los adolescentes y no se realiza una exploración exhaustiva de cada área. Debido a que el instrumento utilizado no tiene un carácter diagnóstico, sino de detección temprana. Este tipo de evaluación se limita a identificar a aquellos adolescentes que están en riesgo de consumir en exceso (33). Dado el tipo de información disponible, los resultados sólo permiten conocer algunas características de la muestra, que cabe aclarar, fue solamente de los que respondieron positivamente al "POSIT". Otro aspecto que se debe considerar acerca de la información obtenida es que no puede ser generalizada a los adolescentes de zona rural, debido a que la muestra no es lo suficientemente grande para ello, además de que no fue aleatoria. Tampoco se puede definir que los datos encontrados corresponden a un perfil de sujetos consumidores, debido a que no se realizó un estudio comparativo entre usuarios y no usuarios de drogas. Sin embargo, hay que resaltar la importancia de los resultados encontrados en cuanto a su aportación en el mejoramiento de los programas de intervención para adolescentes consumidores de alcohol, ya que ofrecen un panorama más claro en cuanto a factores de riesgo y de protección, en ésta población en específico.

Agradecimientos

Agradecemos a PROMEP por el financiamiento de éste proyecto (UAAGS-PTC-055) y a: Martha Leticia Salazar Garza, María de los Ángeles Vacio Muro y Ana Lucía Jiménez Pérez, por su apoyo y sus valiosos comentarios durante la realización de este artículo.

REFERENCIAS

Hurrelmann K. International Handbook of Adolescence. Westport: CT Greenwood, 1994.
Rasmussen B, Hidalgo A y Couoh E. Daños y comportamientos de riesgo de enfermedades y lesiones en estudiantes de una escuela preparatoria de Puerto Vallarta. Investigación en salud en

adolescentes (1999-2003). Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente-Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2005.

Marlatt GA, y Gordon JR. Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*, 1980: 410-452.

National Institute on Drug Abuse. Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra las Adicciones Encuesta Nacional de Adicciones: Tabaco, Alcohol y otras Drogas. Reporte Ejecutivo. México, 2002.

Luengo A, Romero E, Gómez JA, Guerra A y Lence M. La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa. Universidad de Santiago Compostela. Ministerio De Educación y Cultura Ministerio, De Sanidad y Consumo y Ministerio Del Interior, 1999.

Ayala HE. Desarrollo y Evaluación de Modelos de Intervención para Comportamientos Adictivos en Poblaciones Urbanas y Rurales. Proyecto CONACYT G36266-H, 2003.

Baer SJ, Marlatt GA, Kivlahan RD, Fromme K, Larimer EM, y Williams EA. Experimental Test of Three Methods of Alcohol Risk Reduction With Young Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992: 60 (6): 974-979.

Breslin C, Sdao-Jarvie K, Li S, Tupker E y Itting-Deland V. Brief treatment for young substance abusers: A pilot study in an addiction treatment setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2002: 16 (1): 10-16.

Marlatt GA. Effective Relapse Prevention and Harm Reduction Therapy. AABT Workshop Handout February, 1999.

Martínez KI. Desarrollo y evaluación de un modelo de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Disertación doctoral no publicada, UNAM, México, 2003.

Martínez KI, Ayala H, Salazar ML, Ruiz GM y Barrientos CV. Programa de Intervención Breve para adolescentes que Inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, 2004.

Miller T, Elizabeth Turner P, Aaron y Marlatt Alan G. The Harm Reduction Approach to the Secondary Prevention of Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults. En: Monti, M. Peter, Colby, M. Suzanne y O'leary, A. Tracy (Eds.) *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse. Reaching Teens through Brief Interventions*. The Guilford Press: New York, London, 2001.

Sobell MB y Sobell LC. Problem drinkers: Guided self-change treatment. Guilford Press, New York, 1993.

Sobell MB y Sobell LC. Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. En: Tucker JA, Marlatt GA (eds). *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies*. Guilford Press, New York, 1999.

Meade, MS. Implications of changing demographic structures for rural health services. En: Gesler, W., and Ricketts, T., eds. *Health in Rural North America: The Geography of Health Care Services and Delivery*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1992.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática Estados Unidos Mexicanos XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados Básicos: tomo I y II. Aguascalientes, Ags., México, 2001.

Mariño MC, González-Forteza GC, Andrade P y Medina Mora ME. Validación de un Cuestionario para detectar adolescentes con problemas por uso de drogas. *Salud Mental*, 1997: 1: 27-36.

Campos E, Martínez K y Ayala H. Desarrollo y Validación de Entrevista Inicial para Adolescentes. Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.

Saucedo F, y Salazar M. Adaptación de instrumentos de evaluación en comunidades rurales. ML. XII Congreso Mexicano de Psicología. 2004.

Hawkins J, Catalano R y Miller J. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 1992: 112(1): 64-105.

Arellanez JL, Díaz DB, Wagner F y Pérez V. Factores psicosociales asociados al abuso y dependencia de drogas entre adolescentes: análisis divariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 2004: 27 (3): 54-64.

Bobo JK, y Husten MD. Sociocultural Influences on Smoking and Drinking. *Alcohol and Tobacco* 4 NIAAA, 2001: 24 (4): 225-232.

Brailowsky S. *Las Sustancias De Los Sueños*, México: Fondo de Cultura de Económica, 1995.

Medina-Mora ME, Rojas E, Juárez F, Berenzon S, Carreño S, Galván J, et al. Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 1993: 16(3), 2-8.

Webster-Stratton C, Hollinsworth T y Kolpacoff M. The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 1989: 57 (4), 550-553.

Clayton RR. Transitions in Drug Use: Risk and Protective factors. En Glantz, M. y Pickens, R. (Comps.). *Vulnerability to drug abuse*. Washington. DC. American Psychological Association, 1992.

Massün E. *Prevención del Uso Indebido de Drogas*, México: Trillas, 1991.

Bailey S, y Hubbard R. Developmental Changes in Peer Factors and the Influence on Marijuana Initiation Among Secondary School Students. *Journal of Youth and Adolescence*, 1991: 20 (3): 339-360.

Epstein J, Botvin G, Diaz T y Schinke S. The role of social factors and individual characteristics in promoting alcohol use among inner-city minority youths. *Journal of Studies on Alcohol*, 1995: 56 (1): 39-46.

García-Pindado G. La influencia del grupo de iguales en el consumo adolescente de la droga. *Psiquis*, 1993: 15 (4): 39-47.

García-Señorán MM. *Educación para la Salud: el consumo de drogas en los adolescentes escolarizados de Galicia. Propuesta educativa para su prevención*. Tesis Doctoral, Universidad de Santiago, 1994.

Tiburcio M y Natera G. Evaluación de un modelo de Intervención Breve para familiares de Usuarios de Alcohol y Drogas. *Salud Mental*. 2003: 26 (5) 33-44.

Clark D, y Bukstein O. *Psychopathology in Adolescent Alcohol Abuse and Dependence*. NIAAA, 1998: 22 (2): 117-121

Características de una población de Adolescentes que han tenido su primer contacto con Sustancias Adictivas.

MC González Torres *, A. de J. Ascencio Cervantes *, A. Luévanos Velazquez **.

*Servicio de Medicina del Adolescente
Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"
** Subdirección de Enseñanza e Investigación OPD Hospitales Civiles.

Revisor y corrector: Dr Octavio Campollo R.

Correspondencia:

DRA. MA. DEL CARMEN GONZALEZ TORRES.
SIERRA NEVADA 1442 COL. INDEPENDENCIA CP44340
TEL. 01(33)33428470
MAIL: carmelitagot61@hotmail.com.mx

Recibido: 8 Oct 2007

Aceptado: 16 Nov 2007

RESUMEN

INTRODUCCION

La adolescencia constituye una de las etapas más vulnerables para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo para la salud, entre los que destacan el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia.

OBJETIVOS

Conocer las características de los adolescentes que acudieron al servicio de Medicina del Adolescente del Hospital Civil de Guadalajara FAA y reportaron haber tenido un primer contacto con alcohol, tabaco o ambos. Identificación de la frecuencia por grupo de edad, género, escolaridad y convivientes que consumen dichas sustancias.

RESULTADOS

De 398 pacientes evaluados en 16 meses, se encontraron 163 (40.95 %) que contestaron afirmativamente haber consumido por primera vez tabaco, alcohol o ambos. El 66.25 % fue del sexo femenino; el mayor porcentaje de uso fue a los 14 años (35.8%). El 60.49% tuvieron padres casados y el 31.89% fueron monoparentales en sus diferentes modalidades.

CONCLUSION:

Las características familiares puede ser factor importante para el contacto con sustancias adictivas.

PALABRAS CLAVE: adolescentes, tabaco, alcohol, drogas.

ABSTRACT

Characteristics of adolescents that have used addictive substances for the first time.

Get to know the characteristics of teenagers that attended the Guadalajara Civil Hospital FAA in the adolescent medical clinic who revealed their first contact with alcohol, tobacco or both; the frequency by groups of age, gender, schooling and people they relate that do alcohol and tobacco smoking.

From 398 patients evaluated in 16 months we found 163 (40.95%) who answered affirmatively to consumption of either tobacco, alcohol, or both. 66.25% were female and the highest percentage of substance use was at 14 years of age (35.8%); 60.49% had married parents and 31.89% had single parent.

Conclusion:

Family characteristics may be the most important factor between adolescents and addictive substances

KEY WORDS: adolescents, drugs, tobacco, alcohol, first use

INTRODUCCION

Definida como la etapa entre la niñez y la edad adulta, la adolescencia (10 a 19 años de edad) constituye una de las etapas más vulnerables del ser humano para desarrollar costumbres y hábitos de riesgo para la salud, entre los que destacan el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia.

Por otro lado está bien descrito el vínculo entre el uso de alcohol y tabaco y el riesgo para iniciar el uso de otras drogas como marihuana y cocaína (1).

El acceso de los jóvenes al tabaco se facilita gracias a la actividad mercadotécnica que lleva a cabo la industria, la ausencia de programas educativos dirigidos a jóvenes y la falta del cumplimiento de la normatividad relacionada con el control del tabaquismo (2).

En México y otros países, la accesibilidad que tienen los menores de edad a productos como cigarros, es un factor primordial que contribuye al desarrollo del tabaquismo, que hoy día constituye uno de los principales desafíos de la salud pública en todo el mundo (3).

En nuestro país está prohibido expender o suministrar alcohol o tabaco a menores, sin embargo un número importante de niños y niñas han bebido alcohol o fumado tabaco alguna vez en su vida; un sector minoritario de ellos ya han usado otra sustancia como los inhalables, las pastillas, la marihuana o la cocaína entre otras. Muchos jóvenes cuando llegan a la etapa de la adolescencia inician el empleo experimental de sustancias tóxicas de los cuales algunos se hacen adictos (2). La tendencia en el consumo de tabaco en jóvenes es ascendente y una expresión directa de ello es la disminución de la edad promedio de inicio que se ha reducido de 21.8 a 13.2 años en cinco décadas (2). Los adolescentes subestiman la posibilidad de volverse adictos a la nicotina. El tiempo transcurrido entre que se probó el cigarrillo y se empezó a fumar en forma asidua (casi a diario) fue menor de un año, lo que sugiere una formación de la adicción bastante rápida (4). El comienzo del hábito a edades cada vez más tempranas señala que no se han vigilado las medidas reguladoras con éxito, como la venta de cigarros a menores de edad. En este caso, a pesar de contar con una legislación que lo prohíbe, existe evidencia de la fácil accesibilidad del adolescente al producto (1).

Una de las creencias que se relaciona con la iniciación en el consumo de tabaco, es que se asocia positivamente con tener una imagen social deseada o como un facilitador para establecer relaciones. Entre los factores sociales que más frecuentemente aparecen asociados con el inicio de tabaquismo en la adolescencia es la presión psicosocial de los amigos que puede conducir a la experimentación temprana del consumo (4-6).

La salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Adolescentes y jóvenes representan 30 % de la población de las Américas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 70 % de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia (9). Se hace evidente que en México existe la necesidad de ahondar en las investigaciones con relación a las edades de inicio y transición en el uso temprano de alcohol y tabaco, para determinar su papel en el uso posterior de otras drogas (1). Así mismo es muy importante conocer las tendencias actuales del consumo para diseñar intervenciones efectivas que desalienten a los adolescentes para fumar y consumir otras sustancias (9).

OBJETIVOS

Conocer cuales son las características de los adolescentes que acudieron al servicio de Medicina del Adolescente del Hospital Civil de Guadalajara FAA y reportaron haber tenido un primer contacto con alcohol, tabaco o ambos; identificación de la frecuencia con que se presenta éste primer contacto por grupo de edad, género y escolaridad; características de su núcleo familiar e identificación de convivientes que presentan consumo de dichas sustancias.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo de 398 historias clínicas para adolescentes de 10 a 18 años de edad que acudieron al servicio de Medicina del Adolescente del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara " Fray Antonio Alcalde " sin importar el motivo de consulta durante los meses de Febrero de 2006 a Junio de 2007. Los datos se obtuvieron por interrogatorio al adolescente, primero en presencia del adulto acompañante y en seguida con el paciente en privado para que las respuestas fueran lo más sinceras posibles.

Criterios de inclusión

Se incluyeron pacientes de 10 a 18 años que acudieron a consulta externa de Medicina del Adolescente del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara FAA que contestaron de manera afirmativa haber consumido por lo menos alguna vez tabaco, alcohol o ambos.

Se consideraron las siguientes variables : edad, sexo, grado escolar en curso o terminado; características del grupo familiar: estado civil de los padres, edad ambos padres, número de hermanos, grupos de edad de los hermanos mayor o menor según el caso. Consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias por parte de los padres o hermanos.

RESULTADOS

Los resultados se reportaron como porcentajes. Del total de pacientes (398) se encontraron que 163 (40.95 %) contestaron afirmativamente haber tenido contacto de consumo por primera vez con alguna sustancia de abuso (tabaco, alcohol o ambos); sólo se detectaron 4 pacientes para otras drogas. Al clasificarse por género encontramos que el 66.25 % fueron del sexo femenino y el 33.74 % del masculino. La distribución por grupos se describe en la Tabla 1 donde se puede observar claramente que el mayor porcentaje de usuarios es en los 14 años (35.8%), seguidos de los 13 años (16.56%), y 15 años (15.33%) y los menores porcentajes en los extremos de los límites de edad preestablecidos.

Los grados escolares de mayor incidencia son los de nivel secundaria: 2º con el 28.83%; 1º con 23.31%; y 3º reportando el 14.72%. El resto de grados se identifica en la tabla 2. Cabe hacer resaltar la deserción escolar de un 10 % de los incluidos, pero de 17.3 % del universo total del estudio. En cuanto a las características de su grupo familiar encontramos que el 60.49% de los padres son casados y el 31.89% son monoparentales en sus diferentes modalidades (Tabla 3). Las edades correspondientes al rubro madre predominan entre los 30 a 40 años (51.53%) y del total el 43.55 % laboran fuera de casa. Los padres se encuentran entre 41 y 50 años de edad el 36.8% (gráfico 1 y 2). El consumo de sustancias adictivas por parte de padre, madre o hermanos tiene la siguiente distribución en porcentajes de acuerdo a la sustancia: tabaco, alcohol, tabaco/alcohol, otros (Tabla 4). El número de los integrantes de la familia conformado por los hermanos varía desde ser hijos únicos y la mayoría con un mínimo de 2 hermanos (28.83%), 4 o más el 26.99%.

**TABLA 1
DISTRIBUCION POR EDAD**

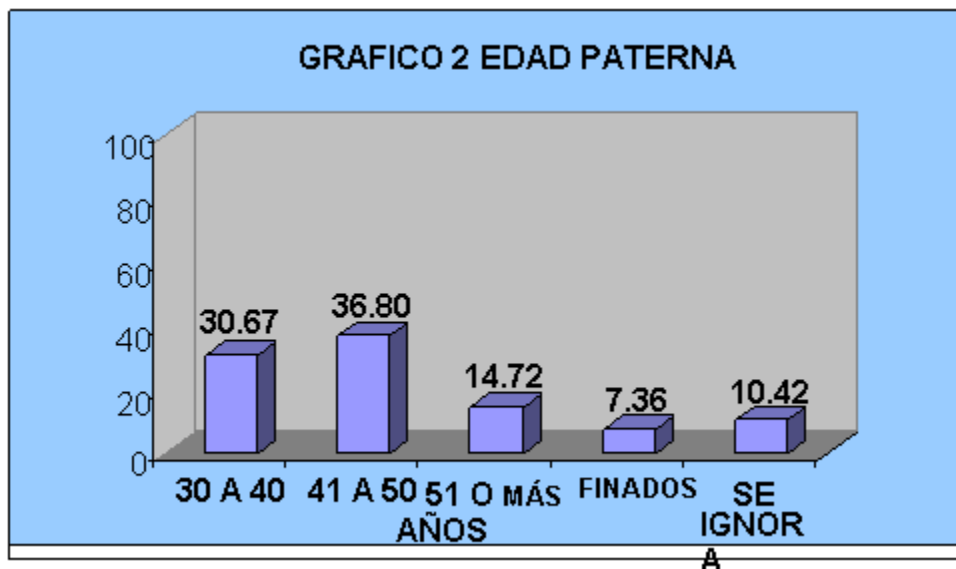
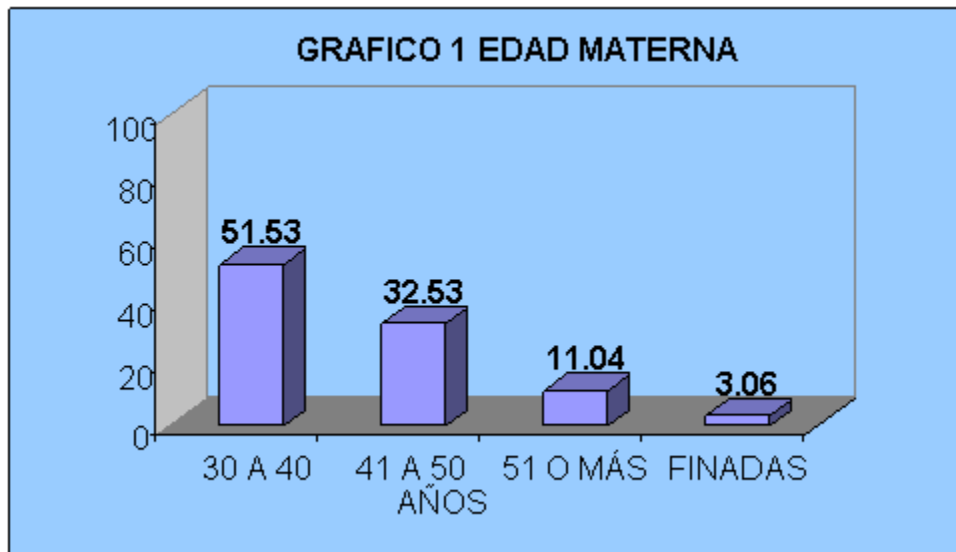
AÑOS	10	11	12	13	14	15	16	17	18
%	1.22	7.36	14.11	16.56	35.80	15.33	4.9	3.68	0.61

**TABLA 2
ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES QUE HAN
EXPERIMENTADO CON SUSTANCIAS ADICTIVAS**

PRIMARIA	%	SECUNDARIA TERMINADA	%	PREPARATORIA	%	DESERCIÓN ESCOLAR
2º	00		2.4	1º y 2º semestre	7.36	9.81%
3º	0.61			3º y 4º semestre	3.06	
4º	1.84			5º y 6º semestre	0.61	
5º	4.29					
6º	6.74					
Primaria terminada	2.4					

**TABLA 3
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES**

CASADOS	MADRE SOLTERA	VIUDO/A	UNION LIBRE	SEPARADOS	RECONSTRUIDA	MONOPARENTAL
60.12 %	4.90 %	9.20%	3.68 %	17.79 %	4.29 %	31.89 %



DISCUSION

El consumo de tabaco es un problema de salud pública mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo es la segunda causa principal de muerte en el mundo con casi 5 millones de muertes (11).

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 en México se reconoce que las adicciones al tabaco y el alcohol son las principales causas de enfermedad y muerte que pueden prevenirse, y se apunta a la necesidad de la prevención y control de su consumo, en particular en los jóvenes. Diversos estudios han abordado la interacción entre las decisiones de fumar e ingerir alcohol. No obstante, el fenómeno de las adicciones va más allá de una decisión "racional" de los individuos (4).

En México, la tendencia en el consumo de tabaco en jóvenes es ascendente y una expresión directa de ello es la disminución de la edad promedio de inicio que se ha reducido de 21.8 a 13.2 años en cinco décadas (3,11). Nuestro estudio difiere en muy poco con la situación nacional respecto a las edades de inicio a experimentar con sustancias adictivas, pues la frecuencia mayor es a los 14 años. En las edades mayores observamos que el inicio de experimentación con sustancias adictivas es menor. Sin embargo la ETJ (Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes) que realizó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) aplicada en la República Mexicana en 21 ciudades arrojó que los adolescentes fuman desde edades más tempranas como los 11 o 12 años, e incluso desde antes (15). Así mismo informa que la población estudiantil de secundaria fue de 19.96% que consume cigarrillos, pero que la mitad del total ya los han probado. En la ciudad de México la proporción de fumadores es 1 de cada 5 adolescentes (14). Nosotros encontramos que

el 40.95% del total de adolescentes incluidos han probado alguna sustancia adictiva. La adolescencia temprana < 15 años es el período en el que generalmente intentan fumar por primera vez (1,9,11,13,15). Algunos de los factores que contribuyen a que los niños y adolescentes sean un grupo de riesgo para el consumo de tabaco influyen: facilidad de acceso a los cigarrillos, la presión del grupo de pares y la promoción del tabaco entre otros (4,8,9,11).

La industria tabacalera ha tenido como principal objetivo vender el mayor número de cigarrillos entre la población joven, que es la de mayor riesgo para adquirir la adicción a la nicotina. Es evidente que buena parte de los anuncios impresos y verbales está dirigida a jóvenes, en las principales revistas para menores de 20 años, como las deportivas y otras dirigidas al público infantil, anuncios panorámicos, incluida la venta a menores de dulces en cajas con forma de cajetilla (14). El comienzo del hábito en edades cada vez más tempranas señala que no se han vigilado las medidas reguladoras con éxito, como la venta de cigarrillos a menores de edad, a pesar de contar con una legislación que lo prohíbe (11).

La evidencia epidemiológica nacional e internacional reconoce que el uso ocasional o continuo de alcohol y tabaco, solos o combinados, permanece obstinadamente común entre los jóvenes, con mayores prevalencias en el sexo masculino (1,8,11,12). En el caso por género son las mujeres quienes han ganado la delantera ligeramente (50.25%) con una edad promedio de 13.4 años en el inicio de consumo de tabaco de acuerdo a la ETJ (7,15).

Con la publicidad y las diversas formas de mercadeo se asocia al cigarrillo con independencia, glamour, imagen corporal y romance; la industria tabacalera ha penetrado al mercado femenino patrocinando eventos de moda y deportivos para la mujer con gran éxito comercial (7,14). En nuestros resultados el margen de diferencia por género es mucho más amplio respecto a las mujeres, en la experimentación con tabaco, alcohol o alcohol/tabaco. La existencia de otros jóvenes mayores que fuman o que ingieren alcohol en casa se asocia positiva y significativamente con las probabilidades de que los adolescentes de 12 a 15 años consuman ambas sustancias (8). Convivir con fumadores también incrementa las posibilidades de ser fumador. Cuando fuman los dos padres o tutores, las probabilidades se duplican, y la influencia de la figura materna puede ser mayor que la de la figura paterna (15). En el análisis de las interacciones sociales al interior del hogar se encontró que la probabilidad de que los jóvenes fumen y/o consuman alcohol fue significativamente mayor si en el hogar hay otros jóvenes (pares), o mayores en edad, que también consumen estas sustancias adictivas. Este resultado subraya la importancia del papel familiar en las decisiones de los jóvenes de consumir estas sustancias adictivas (4). Nuestro estudio encontró que sólo un pequeño porcentaje de las madres consume algún tóxico, no así el caso de los padres. Por otro lado los jóvenes que viven con ambos padres tienen menor probabilidad de fumar o beber alcohol que aquellos que no viven con ninguno (4). Es muy importante subrayar que aunque la mayoría de los padres de nuestro estudio fueron casados, poco menos de la mitad de las madres laboran fuera de casa y más de la tercera parte de las familias son monoparentales, si sumamos todas éstas características tendremos que la mayoría de éstos adolescentes tienen gran parte del tiempo ausencia de alguno o ambos padres. Para el éxito de la lucha contra el tabaquismo es indispensable contar con información y análisis permanentes, con objeto de orientar las medidas de prevención y control que fortalezcan la política fiscal del tabaco, eliminar la publicidad de los productos, crear ambientes y espacios libres de humo, evitar el acceso de los adolescentes al producto, suministrar información de manera permanente a la población sobre los daños, ofrecer opciones de tratamiento a los fumadores (11).

CONCLUSIONES

Existe un importante porcentaje del género femenino en la frecuencia de adolescentes que ya han tenido su primer contacto con alguna sustancia adictiva. El promedio de edad de presentación es aún un poco mayor que la media nacional en México. Mientras más avanza la edad es más difícil que haya la intención de experimentar con sustancias adictivas, de aquí deriva la importancia de alargar la edad de inicio. Buscar concientizar a los adolescentes de la necesidad de retardar la edad de inicio de contacto con alcohol y tabaco, ya que son la gran puerta de ingreso a las drogas, además de serios problemas de salud en la edad adulta. Resaltar la vulnerabilidad de los grupos de edad por sí mismos.

Las características familiares encontradas: tales como la condición de ser consumidores de dichas sustancias por parte de uno o ambos padres, incluyendo a los hermanos; ausencia sustancial o circunstancial de alguno de los padres pueden ser factor importante para favorecer el contacto con sustancias adictivas. La condición de familia integrada por ambos padres influye de manera positiva en el retardo del inicio de consumo de sustancias adictivas, por lo tanto se deberá enfatizar en la participación familiar en los programas preventivos. Se observó que el inicio de consumo de sustancias coincide con la característica de ser estudiantes del nivel secundaria, pero además se

asocia a un alto índice de deserción escolar. La frecuencia de adolescentes, expresada en porcentaje, que acuden a consulta del servicio de Medicina del Adolescente del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde que ya ha tenido un primer contacto con alguna sustancia de abuso, justificaría por sí misma la aplicación de programas preventivos.

La ejecución de acciones y programas preventivos a nivel Institucional es de vital importancia. En nuestra Institución se inició la CLINICA DE TABAQUISMO en Junio de 2006 dirigida tanto a adolescentes como a adultos fumadores que desean dejar la adicción al tabaco, y en próximas fechas con programas educativos y preventivos con mayor énfasis en los adolescentes, incluyendo otras sustancias adictivas

REFERENCIAS

- 1.- Herrera-Vazquez; Wagner- Fernando. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco, y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Delegación Estatal Puebla México Salud Pública Mex V.46 No. 2 Cuernavaca 2004
- 2.- Guzman-Centeno; Padilla-López. Incidencia en el consumo de sustancias tóxicas en adolescentes de la secundaria general “ Carlos Pellicer Cámara “ del municipio de Emiliano Zapata, Tabasco. Salud en Tabasco, Abril, Año/Vol9, No.001. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco, Villahermosa, México. PP 166
- 3.- Kuri-Morales; Cortes-Ramirez. Políticas, vigilancia y acceso de los menores de edad a los cigarrillos en la ciudad de México. Salud Pública Mex 2006; Vol. 48(1):99-106
- 4.- Urquieta-E;Hernández-M. El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México: un análisis de decisiones relacionadas. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos. Salud Pública Mex 2006; Vol 48 (Supl 1) : 30-40
- 5.- Tapia-Conyer; Kuri-Morales. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. Salud Pública Mex 2001:43:478-484.
- 6.- Publicación científica y técnica 2001; 579. Organización Panamericana de la Salud. Por una juventud sin tabaco, adquisición de habilidades para una vida saludable
- 7.- Maddaleno-M; Morello-P. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública Mex Vol 45 Supl.1 Cuernavaca 2003.
- 8.- Reedy-Jacobs; Tellez-Rojo Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. Salud Pública en México 2006:48 Supl 1:S82 - S90
- 9.- Valdez-Salgado; Micher-Juan Manuel. Tendencias del consumo de tabaco entre los alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, 1989 a 1998. Salud Pública de México/Vol 44 Supl 1 2002.
- 10.- Medina-Mora ME, Peña-Corona. Del tabaco al uso de otras drogas: el uso temprano del tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas. Salud Pública Mex 2002; 44 Supl 1: S109-S115.
- 11.- Kuri – Morales; González – Roldan. Epidemiología de tabaquismo en México. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud; México. Salud Pública Mex 2006; 48 Supl 1 : S91-S98.
- 12.- Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002). México : INEGI.
- 13.- Moreno-García; Cantú-Martinez. Perspectiva del tabaquismo en México. Centro universitario para la de la drogadicción. Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Revista de Salud Pública y Nutrición Vol.3 No.2 Abril-Junio 2002.
- 14.- Meneases –González; Marquez-Serrano.La industria tabacalera en México. Artículo especial.Salud pública Mex 2002; 44 Supl 1 : S161-S269.
- 15.- Valdez-Salgado; Thrasher-James. Los retos del convenio marco para el control del tabaco en México: un diagnóstico a partir de la encuesta sobre tabaquismo en jóvenes. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, México. Salud Pública Mex Vol.48 supl.1 Cuernavaca,2006.

HUMO DE SEGUNDA MANO EN JÓVENES: ¿PUEDE EL ACTIVISMO AMBIENTALISTA SER LA SOLUCIÓN PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LOS NO FUMADORES EN JALISCO?

Ana Isabel Ramírez Quintana-Carr¹, María Magdalena Romo Reyes¹, Gabriela Zavala García², Rosa Elena Arellano Montoya³, Lourdes Nuño Rodríguez¹.

Cuerpo Académico Gestión Ambiental, Desarrollo y Participación Social.

¹ Departamento de Ciencias Ambientales. CUCBA-UdeG.; ² Departamento de Trabajo Social. CUCSH; ³ Departamento de Desarrollo Rural Sustentable CUCBA.

Correspondencia: Calle J.G. Montenegro # 2258, C. P. 44150, Guadalajara, Jalisco, México.
email: <mailto:anacarr@gmail.com> Tel.: 33-35-85-54.

Recibido: 20 Agos 2007

Aceptado: 3 Dic 2007

Abstract:

Second-hand smoke (HSM) is an environmental hazard that poses serious problems to the health of those who are exposed to. The Jalisco state law for the protection of non-smokers published in 2001 is little known and is even less implemented. This law imposes a level of activism on the citizens in order to become effective. The general purpose of this research was to obtain a situational analysis to determine whether the community is exposed to SHS, and hence whether it is appropriate to develop an intervention plan to promote activism among young students. The particular objectives were stated as: (1) to identify the prevalence of tobacco smoking; (2) to identify whether or not students perceive they are exposed to second hand smoke inside the buildings and on high school grounds; (3) to determine the level of awareness of the state law to protect non-smokers; and (4) to determine among students the levels of self-efficacy concept as activists defending their environment indoors. **Methods:** A survey was conducted via face to face interview with a sample of 10% of the 3,000 population of students in the High School No. 1. of the University of Guadalajara, Guadalajara, México, in May 2006. The interviews were conducted by trained students of the same community. **Results:** The prevalence of tobacco smokers is 7% who consumed 2 or more cigarettes per day. There are several places in school grounds where 80% of students report that they have seen tobacco consumption and 66% of them report being exposed to SHS on an everyday basis in their school environment. There were 37% reporting SHS exposure at home. Most of the population (91%) indicated not knowing about the state law to protect non-smokers. On a scale of 0-10 (with 10 as the most activist) the self-efficacy concept as activists in defense of their own environment, the mean was 6 (SD= 2.7). **Conclusions:** The number of people who smoke one cigarette or more per day in this school is relatively small (23%), and those who smoke two cigars or more is even smaller with only 7%. This shows that a small group is not respecting the rights of a smoke free environment for the rest of the population who report being exposed to SHS on an everyday basis. The activism is an attitude that requires support, and data show that this attitude is not strong among students regarding the SHS problem, as the law was written expecting people to be active and demand that people not smoke in public places. The University of Guadalajara has in their hands the opportunity to take leadership in the practice of healthy lifestyles on university grounds. As long as the University is not implementing administrative procedures to make sure students and workers are not exposed to second hand smoke on the university grounds, this will be a problem waiting to be solved.

Keywords: Keywords: tobacco smoking, activism, youth, Mexico, environmental tobacco smoke.

Resumen: El humo de segunda mano (HSM) es un problema que representa serios peligros a la salud de quienes se encuentran expuestos. La ley de protección a los no-fumadores del año 2001 en Jalisco es poco conocida y aún menos implementada. Esta Ley impone un nivel de

responsabilidad en los ciudadanos para que llegue a ser efectiva. El objetivo general de esta investigación fue contar con un análisis situacional para determinar si es que la comunidad de estudio se encuentra expuesta al HSM, y por lo mismo, si resulta pertinente el desarrollo de propuestas de intervención en la modalidad de acompañamiento de grupos sociales para la defensa del medio ambiente en espacios interiores. Los objetivos particulares fueron: (1) identificar la prevalencia de fumadores de cigarros de tabaco en un nivel considerado habitual; (2) identificar si es que la comunidad estudiantil en general se percibe a sí misma como expuesta al humo de tabaco ambiental (ETS) y por lo tanto al humo de segunda mano (HSM/ SHS) dentro de las instalaciones de la Universidad de Guadalajara; (3) determinar el nivel de conocimiento de la existencia de la ley de protección a los no-fumadores en Jalisco; y (4) determinar entre los estudiantes los niveles de auto-concepto de eficacia como activista en defensa de su ambiente en espacios interiores con respecto al humo del tabaco interior. **Método:** En una población de estudiantes de bachillerato en la Preparatoria No. 1 de la Universidad de Guadalajara, en la ciudad de Guadalajara, durante mayo del 2006 se condujo una encuesta en una muestra representativa de la comunidad de estudiantes de 3,000 miembros entre los 14 y 19 años de edad. Las entrevistas se realizaron por un grupo de estudiantes de la misma comunidad, previa capacitación, utilizando un instrumento previamente diseñado. **Resultados:** Se encontró una prevalencia de fumadores de tabaco considerado habitual de un 7% , que consume de dos cigarros o más al día; la existencia de lugares donde han visto que se fuma en la escuela es señalada por el 80% de la población, y el 66% indica que sí están expuesto al ETS en forma cotidiana en su área laboral, o salón de clase; mientras que el 37% se encuentra expuesto al humo del tabaco en sus hogares. El 91% de la población no conoce la Ley de protección a los no fumadores, y el nivel de auto-concepto de activismo para proteger ambientes interiores promedio se califica en 6 (DS= 2.7). **Conclusiones:** El número de personas que sí fuman es reducido (23%) como para no considerar que los derechos de la mayoría (77% que no fuma) deberían estar sobre los derechos de una minoría que no respeta los derechos de no fumar del resto de la población. El activismo ambientalista alrededor del HSM resulta ser reducido en esta comunidad, por lo que la participación de la comunidad, como lo marca la ley, poco puede contribuir a la solución de este problema. La Universidad de Guadalajara tiene en sus manos la decisión para llegar a ser líder en la práctica de estilos de vida saludable en sus instalaciones. Mientras no se implemente un programa serio para asegurar que estudiantes y trabajadores se vean libres del humo de segunda de mano en los espacios universitarios, sigue siendo tarea pendiente.

Palabras clave: activismo, humo de segunda mano, percepciones ambientales, jóvenes, tabaquismo, México.

INTRODUCCIÓN:

El humo de segunda mano (HSM) se encuentra reconocido como una riesgo importante a la salud pública reconocido en la mayor parte del mundo (1). El HSM se identifica también como humo de tabaco ambiental o ETS por sus siglas en inglés de Environmental Tobacco Smoke, o SHS second-hand tobacco smoke (2). El HSM representa riesgos identificados ya por una larga lista de reportes y evidencias por lo que la Organización Mundial de la Salud indica que “El debate ya se ha terminado. La ciencia es clara. El humo de segunda mano no es una mera molestia sino un serio peligro a la salud.” (2). Se reporta que el HSM contiene miles de químicos, incluyendo 43 sustancias carcinogénicas conocidas causando enfermedades particularmente en la población de menores (3). En los ambientes de trabajo regularmente se hacen altas inversiones de recursos en la creación y mantenimiento de ambientes de trabajo saludables que fomenten la productividad y promueva estilos de vida saludables. Los resultados se reflejan en la reducción de incidencia de las cinco enfermedades creadas por estilos de vida: enfermedades coronarias, cáncer de pulmón, desórdenes pulmonares, diabetes, y embolia (4).

El consumo de tabaco en las escuelas de nivel bachillerato es de interés por ser un momento en la vida de los jóvenes que es crucial para estilos de vida que se adquieren y mantienen hacia la etapa adulta. Se ha llegado a considerar que el consumo de tabaco es una enfermedad pediátrica ya que inicia antes de los 15 años (5) Nuño-G. et al. (2006) encontraron que la prevalencia del consumo de tabaco en la Escuela Preparatoria No. 5 en Guadalajara, es asociada con tener amigos que consumen tabaco como el factor con mayor fuerza de asociación para su consumo. También reportan en este estudio de Guadalajara que el consumo de tabaco se encontró que afecta a casi la mitad de los estudiante en etapa de experimentación, y a uno de cada 10 en la de habituación, mientras que la Encuesta Nacional de Estudiantes del 2003 reporta que el 68% de los estudiantes de bachillerato a nivel nacional consume tabaco. Los autores explican que la diferencia entre los

datos nacionales y los de esta escuela se deben a los niveles de excelencia de la escuela estudiada.

En la presente investigación se plantean como meta el identificar aspectos que contribuyan a promover estilos de vida saludables y que provean fundamentos para intervención en la forma de acompañamiento de grupos sociales hacia los procesos de sustentabilidad. En este documento se reportan resultados de la investigación que se realizó para identificar hasta qué punto la comunidad de estudiantes de nivel bachillerato que fue objeto de estudio requiere mayor información y acompañamiento para preservar sus derechos a un ambiente sano específica en cuanto al activismo para proteger sus derechos a no consumir humo de tabaco en interiores de espacios considerados públicos.

OBJETIVO:

El objetivo general de esta investigación fue el contar con un análisis situacional para determinar si es que la comunidad de estudio se encuentra expuesta al HSM, y por lo mismo, si resulta pertinente el desarrollo de propuestas de intervención en la modalidad de acompañamiento de grupos sociales para la defensa del medio ambiente en espacios interiores. Los objetivos particulares fueron: (1) identificar la prevalencia de fumadores de cigarros de tabaco en un nivel considerado habitual; (2) identificar si es que la comunidad estudiantil en general se percibe a sí misma como expuesta al humo de tabaco ambiental (ETS) y por lo tanto al humo de segunda mano (HSM/ SHS) dentro de las instalaciones de la Universidad de Guadalajara; (3) determinar el nivel de conocimiento de la existencia de la ley de protección a los no-fumadores en Jalisco; y (4) determinar entre los estudiantes los niveles de auto-concepto de eficacia como activista en defensa de su ambiente en espacios interiores con respecto al humo del tabaco interior. La presente información se plantea como un diagnóstico situacional para desarrollar propuestas de acompañamiento de grupos sociales en la defensa del medio ambiente en espacios interiores. Se infiere hasta qué punto se protegen los derechos de los estudiantes, como usuarios de edificios públicos que deberían ser declarados "libres de humo", y qué tanto se aplican en esta institución educativa las obligaciones que el Estado le confiere a ser vigilante del derecho que tienen los ciudadanos a un ambiente libre de humo. Con esta información se contarán con bases para proponer acciones en materia de promoción de la cultura ambiental para asegurar, vía acompañamiento de grupos sociales, la calidad de vida a que se tiene derecho en Jalisco.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La población de estudio fueron estudiantes de bachillerato en la Preparatoria No. 1 de la Universidad de Guadalajara, en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. En mayo del 2006, cuando se realizaron las entrevistas, la escuela contaba con un total de 3,000 estudiantes entre los 14 y 19 años de edad principalmente. Para la selección de la muestra se tomó el 10% de la comunidad distribuida estratificadamente entre los seis grupos de la escuela (grupos a, b, c, d, e, y f) en los 6 niveles de semestres. De la lista de estudiantes se invitó a participar a uno de cada 10 estudiantes en la lista de asistencia de cada grupo que coincidiera con el número de la decena. El número total de entrevistas terminadas y útiles resultó ser de 300. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento previamente diseñado donde se consideró materiales de aplicación nacional (6). Las actividades de esta investigación se plantearon como parte de un proyecto de desarrollo de la comunidad que es contenido de un curso, parte del plan de estudios del bachillerato. El tema fue seleccionado por un grupo de diez (10) estudiantes mismos que realizaron las entrevistas quienes contaron con capacitación previa. Los datos se procesaron por las investigadoras utilizando el paquete estadístico SPSS, con lo que se obtuvieron estadísticas descriptivas para efectos de este reporte.

RESULTADOS:

Características sociodemográficas: Entre las características sociodemográficas de la población (n = 300) se encuentra que el 38% de las personas entrevistadas son de sexo masculino (n=113), y el 62% (n= 186) son del sexo femenino. El rango de edades va de 14 a 19 años, con un individuo con 34 años. El promedio de edad es de $X = 16.42$, la mediana y la moda es de 16 años de edad, y un rango de 20 años. El 25% indica que *sí* trabaja, y sólo el 1.7% reporta como estado civil *casado*. En cuanto a los resultados encontrados con el objetivo de estimar (1) la prevalencia de fumadores de cigarros de tabaco se encontró que 77% de la población (n= 224) no fuma, mientras que el 32% (n = 69) indica algún nivel de consumo. El grupo de no fumadores incluye los grupos de quienes indicaron *Nunca he fumado* con 62%; y quienes indicaron *No fumo* por haber fumado en alguna ocasión hace más de un año. Se encontró que en nivel *Experimental* los estudiantes fuman en un 13% (n= 77) donde se identifican las personas que fuma de un cigarro al mes, a un cigarro a la

semana; y en nivel *Habitual ligero* se identifican a las personas que fuman un cigarro al día con 4% (n= 11). En el grupo considerado *Habitual* se identifican a quienes reportaron fumar de 2 a 5 cigarros al día con 7% (n=19), y una persona que reportó fumar de 20 cigarros al día o más (0.3%). La edad reportada de inicio a fumar por parte de los fumadores tiene un rango de los 5 años a los 17, siendo la moda 15 años (Figura 1, Tabla 1).



Figura 1. Prevalencia de fumadores de tabaco

Tabla 1. Prevalencia de fumadores de tabaco por sexo y grupos de categorías.

			Sexo		Total		
			masculino	femenino	n	%	
Consumo de tabaco	Sin consumo	Nunca he fumado	65	115	181	62	77
		No fumo	19	24	43	15	
	experimental	Fumo un cigarro al mes	8	16	24	8	13
		Fumo un cigarro a la semana	3	11	14	5	
	Habitual ligero	Fumo un cigarro al día	4	7	11	4	4
	Habitual	Fumo de 2 a 5 cigarras al día	11	8	19	7	7.3
		Fumo 20 cigarras al día o más		1	1	0.3	
	Total			110	182	292	100

Las razones por las que indican los fumadores que es por la que fuman son 7% (n=21) como calmante, 1% (n=3) indicó porque se sienten interesantes, 1% (n=3) indicó "presión social", 6% (n=19) indica "ansiedad". En cuanto a los datos asociados con el consumo, a los fumadores se les preguntó si tienen interés en participar en un programa de apoyo para dejar de fumar, a lo que 6% (n= 19) indicó que "sí" tienen interés, aunque sólo el 1.3% (n= 4) indicó que *ahora mismo*, y el grupo más grande con el 5% (n= 14) indicó que *en un largo plazo*.

En cuanto a los datos asociados con el humo de segunda mano (ETS), de los 65 fumadores que contestaron si es que tratan de evitar fumar cerca de otras personas: 2% (n= 5) indicó *nunca*; 7% (n= 20) *pocas veces*; 5% (n= 16) *muchas veces*; y 8% (n= 24) *siempre*. Otro dato asociado con el ETS, de los fumadores que contestaron si es que les preocupa la actitud de personas cercanas a ellos cuando fuman en caso de manifestar incomodidad (22%, n= 67): 3% (n= 8) indicó *nada*; 7% (n= 20) *poco*; 8% (n= 25) *mucho*, 5% (n= 14) *muchísimo*. También se preguntó *¿qué tanto le preocupa la salud de otros como "fumadores de segunda mano"?:* el 2% (n= 6) indicó que le preocupa *nada*; 7% (n= 22) indicó *poco*; 9.3% (n= 28) indicó *mucho*; y 3.3% (n= 10) indicó *muchísimo*.

Exposición al Humo de Segunda Mano ETS: En cuanto a los resultados encontrados con el objetivo de estimar (2) hasta qué punto la comunidad estudiantil en general se percibe a sí misma como expuesta al humo de tabaco ambiental (ETS) dentro de las instalaciones de la Universidad de Guadalajara se encontró que la población señala que sí existen lugares donde han visto que *sí* se fuma en la escuela los cuales se indica por el 80% de la población (n= 241) *en el patio*; 51% (n= 153) *en el salón de clases*; 46% (n= 139) *en las áreas deportivas*; 78% (n= 234) *en los pasillos*; 48% (n= 145) *en los baños*; 3% (n= 10) *en la biblioteca*; 39% (n= 118) *en la cafetería*, 12% (n= 37) *en el Aula Magna*. En cuanto a si consideran que está bien que se fume en lugares cerrados, 90% indicó que *"no"*.

Considerando que la condición de ser fumadores pasivos se puede dar como un comportamiento pasivo aprendido desde los hábitos en el hogar, se preguntó si alguien en casa fuma en forma cotidiana, a lo que el 37% (n= 111) indicó que *"sí"*.

El área de trabajo escolar es donde se puede planificar una intervención y se espere que tenga efectos sujetos a medición identificables como activistas en la protección de sus derechos como no-fumadores es en los lugares públicos. Se estimó la situación actual en la que los jóvenes bachilleres están o no expuestos al humo de tabaco interior. Se preguntó si alguien fuma dentro de su área laboral, o salón de clase en forma cotidiana, a lo que el 66% indicó que *"sí"* están expuestos al ETS en forma cotidiana. El 70% (n=211) indicó que *"sí"* les molesta el humo de cigarro cuando alguien fuma cerca. El 84% (n= 251) indicó que *"sí"* cree que esto le representa un problema de salud. El 83% (n= 248) sí proporcionó comentarios con respecto a la acción de fumar, y el 81% (n= 243) sí proporcionó comentarios con respecto a la acción de fumar en lugares cerrados. El 72% (n = 216) indicó que *sí* le gustaría que se implemente en la *prepa* un programa para promover la disminución del consumo de tabaco.

Conocimiento de la Ley de Protección a los No-Fumadores: En cuanto a los resultados encontrados con el objetivo de estimar (3) los niveles de conocimiento de la existencia de la ley de protección a los no-fumadores en Jalisco; el 91.5% (n=300) de una población de cerca de 3,000 estudiantes, indicó que *"no"* conoce la Ley de Protección a los No-fumadores.

Auto-concepto de Eficacia como Activistas en Defensa del Ambiente en Espacios Interiores: En cuanto a los resultados encontrados con el objetivo de estimar (4) su auto-concepto de eficacia (self-efficacy concept) como activista en defensa de su ambiente en espacios interiores con respecto al humo del tabaco interior; la población de jóvenes de nivel bachillerato indica un valor promedio de (X) es de 6.09 (DS= 2.7) en una escala de 0 al 10 (donde 0=Nada activo/a; 1, 2, 3, 4, y 5= casi nada activo/a, 6 y 7= algo activo, 8 y 9= muy activo/a, y 10 = extremado activo/a.) El valor para la moda es de 7. En la escala aplicada se trató de imitar la escala de calificaciones para pasar o reprobar en el sistema de educación básica.

Encontramos así que el 7% de la población se auto-califica como *"nada activo/a"* (calificación "0"), el 25.3% se auto-clasifica en el grupo de *"casi nada activo/a"* (menos de 1 a 5), 38.1% se califica como *"algo activo"* (6 y 7), 20.9% *"Muy activo"*, y el 8.8% se considera a sí mismo como *"extremado activo/a"*.

DISCUSIÓN:

La presente información se plantea como un diagnóstico situacional para desarrollar propuestas de acompañamiento de grupos sociales en la defensa del medio ambiente en espacios interiores

La Ley de Protección a los No-Fumadores en el estado de Jalisco se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Jalisco el martes 13 de marzo de 2001 y se puede encontrar en Internet en www.periodicooficial.jalisco.gob.mx Tomo CCCXXVII, No. 44, sección XV (7). En este trabajo se reportan evidencias de que la ley dista mucho de ser conocida, y mucho menos que llegue a ser aplicada, aún cuando se cuenta con evidencias de la preferencia de la mayoría en esta población de que se deberían de proteger los ambientes interiores de la presencia del humo del

tabaco interior. La Ley de Protección a los No-Fumadores se respalda en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (8) en su artículo 4º que “... establece el derecho de toda persona a la protección de la salud y dispone que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general.”. De aquí que se delimitan las disposiciones y niveles de ordenamientos a nivel estatal indica como necesario la educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, “dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluirá la orientación a la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos y la prohibición de fumar en el interior de los edificios públicos.” También cabe señalar que en su considerando número VII se indica que “el tabaquismo es un problema de salud pública reconocido por la Organización Mundial de la Salud que en México reporta un índice de 122 muertes ...” Para concluir con el considerando: “Que el Ejecutivo a mi cargo, consciente de la necesidad de cuidar la salud de los no fumadores que se ven expuestos a la inhalación involuntaria del humo proveniente de la combustión de tabaco, ha tenido a bien emitir ...” el Acuerdo único: “... Se expide el Reglamento de la Ley Estatal de Salud en materia de Protección a No Fumadores..” (p.4). En su artículo 3. “El presente Reglamento es aplicable en todo el territorio del Estado de Jalisco y su vigilancia corresponde a las autoridades sanitarias.” Aquí, en la página 5 deposita de manera poco clara un nivel de responsabilidad en “la comunidad” donde indica “La comunidad podrá participar en la vigilancia de este Reglamento y en la promoción de estilos de vida saludables conforme las disposiciones de la Ley.”

En el documento 2007 de la Organización Mundial de la salud (2) para el Día Sin Tabaco (31 de mayo) se señalan líneas de acción para proteger la salud de todas las personas contra los dañinos efectos del Humo de Segunda-Mano (SHS por sus siglas en inglés second-hand tobacco smoke), con lo cual es evidente que nuestro caso de México no es un caso aislado en la incongruencia entre la existencia de las leyes, y las prácticas cotidianas. Entre los pasos a seguir recomienda (1) que el 100% de los ambientes libre de humo es la única estrategia efectiva para reducir la exposición al humo del tabaco en interiores. (2) Que se aprueben legislaciones que requieran que todos los lugares interiores y lugares públicos sean ambientes cien por ciento (100%) libres de humo. Las leyes deben asegurar protección universal e igual para todos. Políticas voluntarias no son una respuesta aceptable. (3) Implementar y vigilar que se cumpla la ley. Pasar legislación libre de humo no es suficiente. Una implementación apropiada operativamente y adecuada aplicación de la ley requiere relativamente pocos pero cruciales esfuerzos (ya que no requiere muchos recursos económicos). (4) Implementar estrategias educativas para reducir la exposición al SHS en los hogares. La legislación libre de humo en los ambientes de trabajo incrementa la probabilidad de que las personas (tanto fumadores como no-fumadores) voluntariamente haga que sus hogares sean libre de humo.

En cuanto a la salud de los niños, la Organización Mundial de la Salud señala que se estima que casi el 50% de los niños del mundo se encuentran expuestos al aire contaminado por humo de tabaco en interiores. “La exposición al Humo de Segunda Mano (SHS) ocurre en cualquier parte donde se permite: hogares, lugares de trabajo, lugares públicos. La WHO estima que cerca de 700 millones de niños, o casi la mitad de los niños del mundo (8), respiran aire contaminado particularmente en casa. La OMS y los Centros de los Estados Unidos para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), desarrollaron una encuesta llamada Global Youth Tobacco Survey, entre estudiantes de 13 a 15 años en 132 países entre 1999 y 2005, demuestran que 43,9% del estudiantado se encuentra expuesto al humo de tabaco de segunda mano en sus hogares; 55,8% del estudiantado está expuesto al SHS en los lugares públicos, y 76,1% expresaron apoyo para que se prohíba fumar en lugares públicos.

Los datos encontrados en esta comunidad de la Preparatoria No. 1 en cuanto a la edad de inicio de fumar es consistente con lo indicado por Nuño (2006) (5) cuando indica que es una enfermedad pediátrica por presentarse antes de los 15 años. En el transcurso de esta investigación sobre el humo de tabaco en interiores en Jalisco, desde sus inicios en el año 2003 y los últimos datos recabados en el 2007 demuestran que la comunidad se encuentra en un estado de ignorancia con respecto a sus derechos, y tampoco se hace mucho por cambiar la realidad de que se sigue consumiendo tabaco en los interiores de instituciones educativas, y otras instancias públicas.

En esta investigación se contribuye a reunir evidencias de que se cuenta con un alto número de individuos expuestos al tabaco en forma cotidiana en los espacios públicos de esta institución educativa que fue objeto de estudio por lo que se puede deducir que este no es un “caso aislado”. Es necesario dar a conocer con esfuerzos decididos la existencia de la Ley de Protección a los No-Fumadores.

Los centros de educación deberían ser modelos de espacios donde se promueve la cultura ambiental, y la educación para la salud. El grupo analizado reporta unos niveles de 6 promedio de auto concepto de eficacia como activista ambientalista. Existen razones para pensar que este auto-concepto emitido por los individuos es un tanto benévolo consigo mismos. De cualquier manera, benévolo o no, el lado positivo de esto sería que se puede interpretar que los individuos sí prefieren ser vistos como activistas, hasta un nivel de 6, promedio. La siguiente pregunta es ¿Cuáles serían las acciones para elevar este número y promover el empoderamiento para subir estos niveles de activismo? Una parte es el auto-concepto, y otra es la acción, lo cual se debe investigar más profundamente en futuros trabajos.

Carver et al. (2003) (10) en su estudio realizado entre adolescentes para identificar actitudes y auto-concepto de promotor anti-tabaco utilizó un Cuestionario de Promoción Anti-tabaco con lo que encontró que los jóvenes estaban muy seguros acerca de su propio compromiso para evitar tabaco y su disposición para hablar a otras personas personalmente, pero estaban sólo moderadamente seguros acerca de sus habilidades como activistas, lo cual coincide con los hallazgos que aquí se reportan. Carver y sus colaboradores concluyen recomendado que en programas donde se plantee como actividad la participación de la comunidad, que se considere redoblar esfuerzos para forjar habilidades de activismo. Aún cuando esta recomendación es basada en investigación con enfoque de activismo para que los compañeros dejen de fumar, el activismo para pedir a los compañeros que no fumen dentro del ambiente escolar por razones de contaminación del ambiente común, puede aplicar, aunque requiere de investigación más específica en el tema de implementación en este tipo de activismo ambientalista, y no anti-consumo. Una de las formas que resultan útiles en el fomento del activismo entre jóvenes, ha sido el uso de la producción de filmes como actividad creativa (11).

Estos niveles de activismo son considerados como indicadores socio-ambientales de un campus sustentable ya que son datos de investigación social acerca de sus percepciones y datos auto-reportados. Se espera que con esta información se evidencie la necesidad de una intervención de educación y fomento a la salud, de tal manera que en lapsos de tiempo determinado se pueda volver a medir si existen cambios en estos niveles de calidad ambiental en los interiores de instituciones educativas públicas de Jalisco.

Hasta el momento se han encontrado ciertos niveles de esfuerzos institucionales para promover el conocimiento de la Ley, y proteger los derechos de los no-fumadores, pero es evidente que se requiere más y mejores estrategias para lograr este objetivo. Si se espera que *“La comunidad podrá participar en la vigilancia de este Reglamento y en la promoción de estilos de vida saludables conforme las disposiciones de la Ley.”*, estos datos son evidencia que la comunidad requiere ser fortalecida para que la calidad de vida se vea mejorada en un tema que no es una solución técnica lo que requiere sino que requiere una solución no-técnica donde aplica la “tragedia de los comunes” donde la decisión de un individuo afecta las condiciones del resto de los individuos en una comunidad que comparte un bien común (12).

CONCLUSIONES:

El número de personas que sí fuman es reducido (23%) como para no considerar que los derechos de la mayoría (77% que no fuma o nunca ha fumado) deberían estar sobre los derechos de una minoría que no respeta los derechos de no fumar del resto de la población. Las medidas de regulación que se han implementado durante la última década en el mundo en general, y en México en particular, para proteger los derechos de no fumadores han demostrado ser efectivas para reducir exposición al ETS y ha facilitado que fumadores llegaran a disminuir y hasta abandonar el hábito de fumar. La legislación pone en manos de los ciudadanos gran parte de la responsabilidad de defender el ambiente interior del peligro que presenta el humo del tabaco a los jaliscienses. El activismo es una actitud que se requiere fomentar desde diferentes frentes y no se puede enfatizar en los costos de la implementación de programas. Más bien se debe pensar en los costos de no tomar una línea de acción seria. El activismo ambientalista alrededor de este tema es reducido, por lo que se espera que el activismo contribuya poco a la solución de este problema. En Jalisco sí existen algunas instituciones que sí han demostrado voluntad política y han tenido éxito al instalar procedimientos administrativos en caso de que se presente la situación de consumo de tabaco en espacios públicos. Algunas instituciones no. La Universidad de Guadalajara tiene en sus manos la decisión para llegar a ser líder en la práctica de estilos de vida saludable en sus instalaciones. Mientras no se implemente, sigue siendo tarea pendiente.

REFERENCIAS.

- 1.- Gu, D., Wu, X., Reynolds, K., Duan, X., et al.. Cigarette smoking and exposure to Environmental Tobacco Smoke in China: The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia. In *American Journal of Public Health*. (2004); 94 (11): 1972- 1976.
- 2.- World Health Organization. Smoke Free Inside, create and enjoy 100% smoke free environments. World No Tobacco Day, 21 May 2007. 2007.www.who.int/tobacco/wntd. accesado mayo 20, 2007.
- 3.- Brownson, R. C., Eriksen, M. P. , Davis, r. M., and Warner, K. E. Environmental Tobacco Smoke: Health effects and policies to reduce exposure. In *Annual Review of Public Health*. (1997); 18: 163-185.
- 4.- Lloyd, P., Foster, S. Creating healthy, high-performance workplaces: Strategies from health and sports psychology. In *Consulting Psychology Journal: Practice and Researc*. (2006); 58(1): 23-39.
- 5.- Nuño-Gutiérrez, B. L., Álvarez-Nemegyei, J. A., Madrigal-de León, E. & Rasmussen-Cruz, B.. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. En *Salud Mental*. (2006); 28(5): 64-70.
- 6.- México. INEGI (Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (2002). Encuesta Nacional de Adicciones. 2002. Sitio visitado en noviembre 2, 2007.
<http://www.inegi.gob.mx/inegi/fnivelm.aspx?s=est&c=9510&e=&i=>
http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/cuestionarios/encuestas/especiales/C_ena02.pdf.
- 7.- Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Jalisco. 13 de marzo de 2001. Sitio visitado en octubre 23, 2007. www.periodicooficial.jalisco.gob.mx Tomo CCCXXXVII, No. 44, sección XV.
- 8.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>, sitio visitado en octubre 23 de 2007.
- 9.- Jordan, T. R.; Price, J. H.; Dake, J. A. & Shah, S.. Adolescent Exposure to and Perceptions of Environmental Tobacco Smoke. In *The Journal of School Health*. 2005; 75, 5: 178.
- 10.- Carver, V.; Reinert, B.; Range, L. M. & Campbell, C. Adolescents' attitudes and self-perceptions about antitobacco advocacy. In *Health Education Research. Theory & Practice*, 2003;18,4:453-460.
- 11.- Hamilton, C. Flanagan, C. Reframing Social Responsibility Within a Technology-Based Youth Activist Program. In *American Behavioral Scientist*, 2007; 51, 3: 444-464.
- 12.- Hardin, G. Science. The tragedy of the commons. *Science*. 1968; (162):1243-1248.

RECONOCIMIENTO

Se quiere hacer explícito el reconocimiento y agradecer a los estudiantes de la Preparatoria de Jalisco por su participación y apoyo a esta investigación, tanto a quienes participaron como entrevistadores, como a quienes respondieron al cuestionario.

THE CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (CAMH) IN CANADA

Khenti Akwatu*
**International Health Programs, Centre for Addiction and Mental Health,
Toronto, Canada**

*Correspondencia: akwatu khenti@camh.net

Recibido: 5 Oct 2007

Aceptado: 19 Nov 2007

Resumen

El Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH) es el Hospital Público más grande de América del Norte que proporciona atención directa a pacientes con problemas de salud mental y adicciones. El Centro también es una instalación para investigación, un Instituto educativo y de capacitación, y una organización basada en la comunidad que proporciona servicios de promoción y prevención a lo largo de la provincia de Ontario, Canadá. Asimismo el CAMH es un Centro de Colaboración de la Organización Mundial de la salud para investigación y entrenamiento. Presentamos la historia, desarrollo, servicios y valores de la Institución de salud mental y adicciones mas grande de Canadá.

Summary

The Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) is the largest public hospital in North America providing direct patient care for people with mental health and addiction problems. The Centre is also a research facility, an education and training Institute, and a community based organization providing health promotion and prevention services across the province of Ontario, Canada. CAMH is a Collaborating Centre of the World Health Organization for Research and Training. We present herein the history, development, services and values of the largest mental health and addiction facility in Canada.

Overview and History

The Centre for Addiction and Mental Health is a public hospital providing direct patient care for people with mental health and addiction problems. The Centre is also a research facility, an education and training institute and a community based organization providing health promotion and prevention services across the province.

The Centre was created in 1998 through the successful merger of the Clarke Institute of Psychiatry, the Addiction Research Foundation, the Queen Street Mental Health Centre and the Donwood Institute. As a provincial organization, the Centre receives its operating funds from the Government of Ontario's Ministry of Health and Long-Term Care. Research grants and funds for special programs are received from the University of Toronto, foundations and other granting and funding bodies.

As the largest mental health and addiction facility in Canada, the Centre operates central clinical and research facilities in Toronto. However, its influence extends throughout the province. The Centre has consultants, located in 12 community offices and 16 satellite locations across the province, who support local communities in health promotion and prevention in mental health and addiction. The Centre also works with government to influence the public policy and resource development process to ensure it promotes health and works towards eliminating the stigma associated with mental illness and addiction. The Centre is also a teaching hospital fully affiliated with the University of Toronto. It has been recognized internationally as a Pan American Health Organization and World Health Organization Collaborating Centre.

A teaching hospital

As a teaching hospital, the Centre provides education, training, internships and residencies for students. People training to work in the health care field, including psychiatrists, psychologists,

pharmacists, nurses, occupational therapists, social workers and laboratory technologists, come to the Centre for practical experience.

The kind of care provided at the Centre

The Centre is committed to providing comprehensive, well-coordinated, accessible care for people who are struggling with mental health problems or addiction. We have created a wide range of clinical programs, support and rehabilitation to meet the diverse needs of people who are at risk and at different stages of their lives and illnesses. Our services include assessment, brief early interventions, and residential programs, continuing care and family support. We also work with family doctors, home support services, community agencies and other health care providers to ensure that patients/clients and their families can receive assistance in their own communities and homes if possible. We also address the larger issues relating to the four major factors affecting health: housing, employment, social support and income support.

The Centre's philosophy of care

Our client-centred philosophy of care recognizes that everyone is different and that each client has individual social, physical, emotional, spiritual and psychological needs. Wherever possible, the care provided incorporates the preferences, needs, aspirations and cultural beliefs of each individual into the treatment plan. We strive to be sensitive to race, culture, ethnicity, gender, age, abilities, religion and sexual orientation. Clients, their families and significant others are all active partners throughout the care process.

The Centre's values

The Centre believes in a broad and in-depth vision of health and the fundamental right of every individual to high quality treatment. We work in partnership with individuals, families, friends, staff, volunteers and communities to achieve this goal. We promote an environment that welcomes diversity and supports learning, self-examination and respectful discussion. We strive for open and timely communication. We believe we are accountable to the individuals and communities we serve. The Centre's Board of Trustees, staff and volunteers are all committed to these principles.

CAMH extension and partnerships

The Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) in Ontario, Canada integrates leading-edge treatments with client-centred care. Through specialized services and a whole-person focus, CAMH aims to transform the lives of seniors with depression and memory loss, young people experiencing a first episode psychosis, new Canadians traumatized by war and resettlement, adults with an alcohol or crack problem, women with an eating disorder or anger management issue, and people with a gambling problem, anxiety or schizophrenia. In its most recent report to the community (06-07), CAMH provided the following findings which are very relevant to Mexican addiction challenges.

CAMH provides specialized care and treatment for the most complex mental health and addiction problems. This year, CAMH sharpened this focus through many new initiatives and program directions. One direction that holds great promise is that of smoking. Every year, tobacco use kills 16,000 Canadians in the province of Ontario and costs the health care system an estimated \$6.1 billion, making it a most deadly and costly addiction for the province. Quitting smoking—and staying quit—is an immense challenge for many Ontarians, but none more so than people with mental health problems. Eighty per cent of CAMH inpatients smoke. It's not hard to see why smoking is a priority for CAMH.

The Centre has developed new understandings of nicotine dependence and launched successful new province-wide stop-smoking programs. CAMH takes an integrated, holistic approach to tobacco use—as it does to all complex addiction and mental health issues. This means using research to improve clinical care, as well as building education, health promotion and disease prevention programs in the community. Working with the Ministry of Health Promotion and the Ontario Pharmacists' Association, CAMH has distributed nicotine replacement therapy province-wide by partnering with local pharmacists and public health units.

One extremely promising CAMH initiative is the STOP (Smoking Treatment for Ontario Patients) Study. This study has showed promising results for a new approach to smoking cessation. The mass-distribution program provided free nicotine replacement therapy (NRT), such as nicotine gum or patches, to nearly 14,000 participants. At least 12% of the participants stayed off tobacco for six months. The normal quit rate is seven per cent for Ontarians under age 45, and three per cent for those over 45. "It would take 14 years to help 14,000 smokers quit through other therapies. With this model of distributing NRT, we were able to reach a wider audience and help them in a shorter

time frame,” says Dr. Peter Selby, Clinical Director of Addictions Programs at CAMH and Principal Investigator of the STOP Study. CAMH has 50 staff focusing on every aspect of smoking, from genetic, social and population research to treatment, health promotion and prevention. CAMH runs smoking cessation and awareness programs through its 32 provincial sites and community-based partnerships. These programs, ranging from teen tobacco challenges in schools to programs targeting French-speaking immigrants or the lesbian and gay community, reach thousands of people annually.

EXPERIENCIA DE INVESTIGACION

ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA EL USO Y ABUSO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE JALISCO: ENSAYOS PRELIMINARES

**Octavio Campollo Rivas
Enrique García Ibarra**

**Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones. Depto. Fisiología. CUCS.
Universidad de Guadalajara. Antiguo Hospital Civil de Guadalajara**

Correspondencia:

**Dr Octavio Campollo
3ª Piso antigua escuela de Medicina
Calle Hospital 320
Col. El Retiro. Guadalajara, Jal. México CP 44280
e-mail.- ocampoll@cucs.udg.mx**

Recibido: 6 Oct 2007

Aceptado: 30 Nov 2007

Abstract

There is information about the prevalence of drug use in the general population in México. Nevertheless, there is scarce data about the risk factors for drug use particularly in young people. We present our experience in selecting a proper instrument and pilot studies in order to investigate the prevalence of drug use and psychosocial factors associated with it. The aim was to evaluate and select an instrument in order to investigate prevalence of drug and substance use and associated factors. We evaluated the Inventario de riesgos psicosociales para adicciones (IRPA) and the Pacardo instrument, both compared with the drug use screening inventory (DUSI).

Keywords.- drug use, instrument, prevalence, risk factors.

Resumen

En México existe información acerca de la prevalencia de uso de drogas en la población general y en algunos grupos de jóvenes. No obstante, no existe información adecuada sobre los factores asociados y de riesgo para el uso de drogas particularmente entre los jóvenes. Este trabajo tuvo como objetivo evaluar diferentes instrumentos para escoger el más adecuado para nuestros intereses. Se evaluaron el Inventario de riesgos psicosociales para adicciones (IRPA), el instrumento llamado "Pacardo" y se compararon con el Drug use screening inventory (DUSI). Presentamos la evaluación y pruebas preliminares de todos ellos.

Palabras clave.- adicciones, jóvenes, instrumentos, factores de riesgo, DUSI.

INTRODUCCIÓN

El problema de las adicciones es un problema de salud pública a nivel mundial que ha ido en aumento en los últimos años y México no es la excepción. Afecta a grandes grupos de población pero particularmente a la población joven desde la adolescencia hasta los adultos jóvenes. Un planteamiento del abordaje para resolver este grave problema que ha ganado aceptación en todo el mundo es el de la prevención del uso y abuso de las drogas y sustancias. En ese sentido existen múltiples propuestas para hacer prevención (1). No obstante hay cierta información previa sobre el grupo o grupos donde se van a aplicar los esfuerzos de prevención que es recomendable, necesaria y en algunos casos indispensable tener; esta es la información sobre los factores de riesgo presentes en el grupo de población objetivo que permite diseñar, planear y dirigir los esfuerzos de prevención hacia las áreas más problemáticas que pueden representar los factores de mayor riesgo para que las personas inicien y continúen el uso de drogas y sustancias. Por ello se han diseñado formas de investigar cuales son los factores de mayor riesgo para el uso de

drogas y sustancias. En este trabajo presentamos parte de nuestra experiencia en el campo de la investigación de los factores de riesgo para el uso de drogas.

METODOLOGIA

La pregunta de investigación. En México la principal fuente de información epidemiológica sobre las adicciones es la encuesta nacional de adicciones (ENA), encuesta nacional que se lleva a cabo aproximadamente cada 4 años aunque de manera irregular. El diseño, validación, características, alcances y limitaciones de dicha encuesta puede consultarse en otras fuentes (2). No obstante, es importante mencionar que la ENA no proporciona información acerca de los factores de riesgo para las adicciones. Es por ello que, como otros investigadores, decidimos estudiar los factores de riesgo para las adicciones al mismo tiempo que investigamos la prevalencia de dicho problema entre los jóvenes del estado de Jalisco.

Pruebas iniciales

Como primer paso elaboramos algunos instrumentos preliminares recogiendo ítems (preguntas) obtenidas de otros instrumentos validados incluyendo secciones de encuestas nacionales, encuestas de jóvenes y otros. Dichos instrumentos fueron ensayados y aplicados en algunas escuelas de nivel medio (secundarias). La aplicación de dicho instrumento se hizo por medio de un equipo de trabajo que videograbó las aplicaciones lo que permitió identificar y descubrir errores en la forma de aplicación de los instrumentos. Después de las experiencias preliminares anotadas, a lo largo de casi dos años, iniciamos la búsqueda y análisis de instrumentos previamente diseñados y validados que permitieran explorar el objeto de nuestro interés que eran la prevalencia de uso de drogas y la presencia de factores de riesgo y de protección para el uso de drogas.

Evaluación de varios de instrumentos

El resultado de la búsqueda de instrumentos mostró que existen muchos y muy variados instrumentos que exploran e investigan diferentes aspectos sobre el problema de las adicciones (3). Algunas de las particularidades de cada instrumento incluyen el idioma, grupo de población objetivo, grupo de edad, tipo de drogas y sustancias, factores sociales, psicológicos, étnicos, culturales, escolares, educativos, psicopatología, entre otros.

Selección de un instrumento

Una vez que encontramos una gran variedad de instrumentos para investigar prevalencia de uso de drogas y factores relacionados se analizaron y compararon las características, alcance, validez y limitaciones así como la conveniencia de unos sobre otros. En algún momento la posibilidad de contar con un instrumento que nos permitiera medir el efecto de una intervención sobre la presencia de factores de riesgo o de protección nos hizo evaluar y probar el instrumento denominado "Inventario de riesgo-protección para adolescentes" (IRPA)(4) que fue diseñado y derivado de las encuestas nacionales por investigadores que habían participado en el diseño de dichas encuestas y que estaba asociado a la aplicación de un programa de prevención que estaba difundándose y planeando aplicarse en nuestro estado. A pesar de que por ese tiempo existían encuestas para estudiantes aplicadas en diferentes partes del país, no obtuvimos respuesta de las autoridades oficiales del Consejo nacional respectivo sobre nuestra solicitud de información, asesoría y capacitación. Por tal motivo emprendimos la laboriosa tarea de buscar, investigar y experimentar las diferentes alternativas que se nos presentaron.

Comparación de IRPA con DUSI. El instrumento de IRPA era fácil de aplicar, tiene reactivos desarrollados y adaptados al lenguaje de los mexicanos, y consta de 131 ítems. Comparando el IRPA con el "Drug Use Screening inventory" (DUSI) encontramos que, tomando como base el IRPA haciendo una comparación uno a uno, los cuestionarios coinciden en 74 preguntas. El IRPA tiene 57 ítems que no se encuentran en el DUSI particularmente en el área de actitud y conducta, mientras que el DUSI cuenta con un número de ítems que evalúan la salud mental que no tiene el IRPA. Mientras que el IRPA es más completo en el área de sexualidad, el DUSI incluye mas preguntas sobre el trabajo (laboral), siendo ambos equivalentes en el área de uso y abuso de drogas. Por otro lado, existía un paquete de computación (software) para la captura y análisis de los resultados del IRPA el cual resultó defectuoso en algunas secciones por lo que después de haber hecho el trabajo de captura de información no era posible completar el análisis. Dicha situación que al principio se consideró como una gran ventaja, dejaba al IRPA en la misma situación que la mayoría de los instrumentos existentes en el aspecto de "análisis de los resultados" i.e. se tiene que construir una base de datos para analizar la información. Otra de las limitaciones es que no existía suficiente información sobre la aplicación de este instrumento a nivel

nacional lo cual hacía imposible comparar los resultados de la aplicación del mismo a un grupo de población con otros grupos.

Finalmente encontramos que existía un instrumento que había sido aplicado y validado en México por la principal institución para el manejo de las adicciones: Centros de integración juvenil (CIJ) (5,6), que también había sido aplicado en otros países de Centro y Sudamérica, todo lo cual podía permitir hacer comparaciones sobre prevalencias y factores de riesgo asociados entre diferentes grupos nacionales e internacionales. Asimismo los “derechos” de dicho instrumento habían sido cedidos a la “Comisión interamericana para el control del abuso de drogas” (CICAD) (5) factores que hicieron de dicho instrumento el idóneo para atender nuestras necesidades. No obstante, al momento de recibir nosotros la versión del DUSI-R se nos informó que existía un instrumento derivado o relacionado con el DUSI que estaba siendo considerado por los especialistas de la CICAD, denominado “Pacardo”. Dicha prueba consta de 137 reactivos de respuestas tipo dicotómica (si - no), que interroga sobre acontecimientos en los 6 últimos meses, a excepción de la subárea 6. El test contiene además, al inicio, dos zonas para datos de identificación del encuestado y de la institución a la que pertenece, así como para indicar su procedencia (rural ó urbana). Su forma de aplicación es individual ó grupal, con una duración estimada de 35 minutos en la aplicación, siendo su forma de calificación manual ó por lector óptico. Para su aplicación es requerido papel y lápiz y su población puede ser de adultos ó de adolescentes. Haciendo la evaluación comparativa de la prueba “Pacardo” y el DUSI observamos que la prueba DUSI había sido aplicada en países de Latinoamérica y incluyendo México, e incluso existía una aplicación por parte de Centros de Integración Juvenil en la población de Tlaquepaque, Jal. la cual estaba publicada y que podría tener relevancia para comparaciones a futuro. Por otro lado existían varias referencias sobre la aplicación del DUSI en varios países sudamericanos incluyendo, entre otras, una experiencia uruguaya coordinada por Forselledo del INN/OEA realizada durante 1994-1997 (7). También se encontraron publicaciones de artículos de Tarter (8), creador de la prueba, sumando no menos de 30 y de reciente publicación, en diversas revistas científicas (9,10). En relación a la prueba “Pacardo” no encontramos mas antecedentes publicados excepto las referencias proporcionadas por la misma CICAD. Por todo lo anterior, considerando que el DUSI reunía las características que necesitábamos para la evaluación de la prevalencia y de los factores de riesgo relacionados con el uso de drogas y a la posibilidad de comparar los resultados que obtuviéramos con resultados de otros grupos nacionales y con resultados de otros países, particularmente de habla y cultura hispana, tomamos la decisión de utilizar el DUSI.

Instrumento

Como se mencionó el instrumento seleccionado fue el Drug Use Screening Inventory (DUSI), que fue diseñado por un grupo de investigadores de la Universidad de Pittsburg encabezados por el Dr. Ralph Tarter. El DUSI es un instrumento en formato de cuestionario autoaplicable que mide el nivel de severidad de los trastornos identificados en diez áreas de ajuste psicosocial; esto permite detectar trastornos específicos y valorar su relación con el consumo de drogas. El DUSI consta de una serie introductoria de preguntas referentes a información de filiación del encuestado además de 159 preguntas que se contestan en forma dicotómica (si o no), correspondientes a 10 dominios o áreas: *conducta, estado de salud, estado afectivo y síntomas psicopatológicos, competencia social, situación familiar, rendimiento escolar, ajuste laboral, redes sociales, actividades recreativas y uso de drogas*. Una segunda parte permite investigar, entre otros aspectos, la prevalencia del consumo de drogas. En la práctica la forma de aplicación es individual ó grupal, con una estimación de duración de 20 minutos, con uso de lápiz y papel, pudiendo ser calificado manualmente o con lector óptico. La población a aplicar es de adolescentes ó adultos y se recomienda que los encuestadores sean previamente capacitados en el manejo del instrumento. Para este estudio se obtuvo la versión original modificada, DUSI-R, directamente de la oficina de CICAD en Washington. Este instrumento fue revisado y reeditado bajo la supervisión y asesoría del Centro de estudios de opinión (CEO) de la Universidad de Guadalajara, quienes también se encargaron de imprimir dicha versión en un formato para captura de los resultados mediante lector óptico y de adaptar el software de captura para este instrumento. Los encuestadores fueron capacitados en la metodología de aplicación de este tipo de instrumentos por el personal del CEO.

RESULTADOS

Previo permiso de las autoridades de la escuela y de los maestros de los estudiantes de una preparatoria urbana de la Universidad de Guadalajara, en octubre de 2000 se aplicó la prueba a un grupo previamente seleccionado de 33 estudiantes de 6º semestre correspondiente al bachillerato general del turno vespertino que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Los

encuestados fueron 20 (60.7 %) varones y 13 (39%) mujeres con un promedio de edad de 19.4 años. La aplicación fue grupal, autoaplicada, con una duración promedio de 30 minutos. El índice de severidad global (ISG) del grupo fue de 2. En cuanto a los dominios, se obtuvieron los siguientes promedios de los índices de severidad por áreas (ISA):

Área	ISA
I.- Conducta	2.9
II.- Psicopatología.	3
III.- Social	2.4
IV.- Familiar	2
V.- Escolar	2.2
VI.- Relaciones con pares.	3
VII.- Uso de tiempo libre	3.6
VIII.- Severidad Uso drogas	0.8

Los hallazgos de la presente experiencia se colocan a la muestra estudiada en los siguientes rangos y porcentajes de severidad: baja 60.6%, moderada 33.3 % y alta 6.1 % .

El promedio de índice de severidad por área (ISA) de quienes han usado o consumido sustancias fue de 2.7 y de los que no han usado o consumido sustancias fue de 1.6, con una diferencia de 1.1 . El promedio general de ISA de los varones fue de 2.6 y el de las mujeres de 2.1 mientras que el ISA de varones usuarios correspondió a 2.8, mientras en los no usuarios fue de 1. El promedio de ISA de las mujeres usuarias fue de 2.4, en tanto de las no usuarias fue de 1.8 .

Uso de sustancias

La frecuencia de uso de drogas y sustancias alguna vez en la vida por tipo de sustancia, fue de la siguiente manera:

Tabla 1. Frecuencia de uso de sustancias

Sustancia	Frec.	%
Tabaco	14	42.4
Alcohol	26	78.7
Marihuana	7	21.2
Inhalables	1	3
Cocaína	7	21.2
Tranquilizantes	5	15.1
Heroína	2	6

Respecto al tipo y modalidad de sustancia que han usado, el grupo denoto las siguientes modas:

Sustancia	Moda
Cigarro.-	1 (nunca he fumado)
Marihuana.-	6 (nunca la he usado)
Cocaína.-	6 (nunca la he usado)
Pasta o basúco.-	6 (nunca la he usado)
Tranquilizantes.-	6 (nunca la he usado)
Estimulantes.-	6 (nunca la he usado)
Bebidas alcohólicas.-	2 (la use la semana pasada)
Beb. Alcohol. hasta embr.-	6 (no las he tomado nunca)
Heroína.-	6 (nunca la he usado)

En cuanto a la sustancia de inicio, el predominio fue del alcohol, no especificando que tipo ni de que graduación. La edad más temprana de inicio en el uso de sustancias fue de 13 años.

DISCUSION

Con base en el planteamiento, tratamiento de la información y la información publicada por CIJ, los índices de severidad se han catalogado en cinco niveles o rangos:

Ausencia de trastorno.-	0
Bajo.-	0.1 a 2.5
Moderado.-	2.6 a 5
Alto.-	5.1 a 7.5
Muy alto.-	7.5 a 10

Con base en lo anterior la muestra estudiada queda ubicada mayormente en la modalidad de Bajo.

En los hallazgos de este estudio preliminar la mayor frecuencia la obtuvo el alcohol, estando en segundo lugar el tabaco. En cuanto a los inhalables, fueron los de menor frecuencia en la muestra de la preparatoria.

Respecto a los índices de severidad global (ISG) entre usuarios y no usuarios de drogas ilegales, la mayor frecuencia en la muestra fue en la modalidad de Moderado, siguiéndole las modalidades de Alto y Bajo en los usuarios; en los no usuarios la mayor frecuencia fue en Bajo, seguida de Moderado. Conviene recordar que el índice de severidad global (ISG) ofrece una descripción del funcionamiento y desempeño psicosocial general del encuestado.

En cuanto a los índices de severidad por área (ISA), en el dominio de *conducta* la muestra obtuvo como más alta frecuencia para los usuarios la modalidad de Moderado y Bajo para los no usuarios. El dominio o área de psicopatología mostró en nuestra muestra similares porcentajes en las modalidades Alto y Moderado en los usuarios y Moderado en los no usuarios como índice más alto.

En el ISA de *Social* o *Competencia Social* entre usuarios y no usuarios de drogas ilegales, los primeros de la muestra obtuvieron la modalidad de Bajo en primer orden y los segundos en Bajo y Ausencia (igual porcentaje). El dominio *Familia* investiga, entre otras cosas, la funcionalidad o disfuncionalidad familiar del encuestado, su pertenencia a las redes familiares, roles en la familia; la muestra de estudio arrojó en esta área un ISA, en los usuarios, predominantemente Moderado y en los no usuarios Ausencia. El dominio de *Escuela* del estudio en la preparatoria presentó la mayor frecuencia de usuarios en Moderado y de los no usuarios en Bajo. El dominio de *Pares*, llamado también de *Redes Sociales*, estudia las características de los amigos del encuestado respecto a lo académico, lo laboral, lo social, la recreación y el consumo de drogas y en la muestra evaluada se encontró que los usuarios obtuvieron aquí un ISA Moderado con mayor frecuencia, en tanto en los no usuarios fue Bajo.

En cuanto al área de *Uso del Tiempo Libre*, los hallazgos en la muestra presentan con mayor frecuencia para usuarios como para no usuarios el rango Moderado en el ISA.

El ISA del dominio de *Uso de Drogas* y Bebidas Alcohólicas en la muestra señala como predominio en usuarios y no usuarios Ausencia.

En base a esta primera experiencia, empezamos a constatar que el DUSI es un instrumento confiable para medir los índices de severidad global y por área o dominio, lo que permite percibir determinados trastornos y tasar su vinculación con el uso de alcohol y drogas, en particular en la población adolescente estudiada. Reconociendo las limitaciones que el presente estudio tiene, se puede considerar que la muestra de la preparatoria a la que se le aplicó el DUSI, en términos generales, no presenta graves factores de riesgo para el consumo de drogas o sustancias, pues si bien su ISG es de 2, la referencia de CIJ señala que, de acuerdo a estudios de Tarter et. al. entre la población norteamericana, índices de severidad mayores de 1.5 son clínicamente significativos, pero hacen la sugerencia de llevar a cabo una valoración clínica del caso para evaluar la probabilidad de intervención terapéutica, pero, según el mismo reporte de CIJ, los propios autores reconocen diferencias culturales entre la población latina o no norteamericana, por lo que tal índice, 1.5, no se puede generalizar a todos los países.

La muestra de nuestro estudio presentó un ISA de 0.8 en el dominio de *Uso de Drogas*, mismo que indaga síntomas de dependencia y tolerancia y trastornos ocasionados por el consumo de sustancias y cuya puntuación elevada –que no es nuestro caso- nos informa sobre un factor de riesgo para mantener el consumo de drogas o sustancias alcohólicas.

Si bien, y con reservas, el dominio de *Uso del Tiempo Libre* es de 3.6, podría ser factor de riesgo aunado al ISA de 3 en los dominios de *Pares* y *Psicopatología*; aparece en el dominio de *Familia* un índice más bajo, de 2, que es muy similar al del área *Escuela* con 2.2 y no tan distante al índice *Competencia Social* con 2.4

CONCLUSIONES

Con base en esta primera experiencia consideramos de importancia resaltar el proceso de introducción a un área particular y especializada como lo es la investigación de factores de riesgo

para las adicciones, que en grupos de investigación jóvenes o nuevos lleva un proceso de aprendizaje y adquisición de experiencia que, en grupos consolidados es de menor duración y menos laborioso. No obstante, esto puede servir de enseñanza para grupos de investigadores que se inician en el campo de las adicciones que se enfrentan al proceso de análisis y selección de instrumentos para llevar a cabo sus investigaciones.

REFERENCIAS

- 1.- Campollo O, López M. Análisis comparativo de programas de prevención de adicciones en México. Anuario Investigación en Adicciones 2003; 4:14-30
- 2.- Secretaría de salud, México. Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002). México, INEGI.
- 3.- Kumpfer K, Sur G, Ross J, Bunnell K, Librett J, Millward AR. Measurements in prevention. A manual on selecting and using instruments to evaluate prevention programs. CSAP technical report 8. U.S. department of health and human services. SAMHSA CSAP, Rockville, USA. 1993.
- 4.- Castro ME, Llanes J y cols. Factores que se manejan en sesiones preventivas juveniles en el modelo preventivo de riesgo psicosocial para la adolescencia. Pax, México. 1997
- 5.- Guerrero H JA, Arellanez JL, Gutiérrez AD. Elementos para la evaluación de resultados del Programa de atención curativa. Informe de investigación No. 98-14. Centros de Integración juvenil. 1999
- 6.- Rodríguez SE, Arellanez JL. Ajuste psicosocial y consumo de drogas. Informe de investigación No. 97-27 Centros de Integración juvenil. 1999
- 7.- Institutional. Comisión interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD). Organización de los Estados americanos. Factors associated with the use of psychoactive substances in the students population of three secondary schools in Montevideo. Statistical summary on drugs. 1999. 97-126
- 8.- Tarter R, Hegedus AM. The drug use screening inventory. Alcohol and research world 1991; 15: 65-75
- 9.- Díaz Alvarado A, Sandi L. Validación del "Drug use screening inventory" (DUSI) en la población adolescente de Costa Rica. Adicciones 1996; 8: 277-293
- 10.- Kirisci L, Mezzich A, Tarter R. Norms and sensitivity of the adolescent version of the drug use screening inventory. Addictive behaviors 1995, 20: 149-157

ARTICULO DE REVISION

EXPOSICIÓN INTRAUTERINA A DROGAS Y ACTIVIDAD ELÉCTRICA CEREBRAL

Andrés A. González-Garrido^{1,2}, Graciela Jiménez Almaraz¹

1.- INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA.

2.- O.P.D. HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA

Correspondencia a:

Dr. Andrés A. González Garrido e-mail: gonzalezgarrido@gmail.com

Recibido: 3 Oct 2007

Aceptado: 12 Nov 2007

Resumen

Debido al constante incremento en el número de mujeres que consumen drogas durante el embarazo, este se ha convertido en uno de los mayores desafíos que cualquier sistema nacional de salud deberá enfrentar en la actualidad. Considerando el impacto que la exposición a drogas intra-útero tiene sobre el desarrollo del sistema nervioso central, resulta crucial el disponer de medios confiables para realizar una exploración temprana y acuciosa del funcionamiento cerebral en estos pacientes. El presente texto discute varias de las características clínicas más comúnmente observadas en niños que sufrieron exposición prenatal a drogas, así como los usos y limitaciones de las técnicas de neuroimagen y el electroencefalograma (EEG) para la evaluación funcional del cerebro, particularmente en condiciones de cambios relacionados con el consumo de drogas.

Palabras clave: drogas y embarazo, EEG

Abstract

Due to its growing statistics, drug-abuse during pregnancy represents one of the most relevant challenges that national health systems have to face nowadays. Regarding the impact that intra-uterine drug exposure has on central nervous system development, an early and accurate exploration of brain functioning is crucially needed in these patients. This text discusses several clinical characteristics of prenatal drug-exposed infants, as well as the uses and limitations of both neuroimaging techniques and EEG in evaluating brain functioning, particularly with respect to substance abuse.

Keywords: drugs and pregnancy, EEG

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha aumentado el consumo nacional de drogas, especialmente de la combinación formada por cocaína, alcohol y tabaco. En México 3.5 millones de personas entre los 12 y 65 años consumen drogas, sin contar el uso de drogas legalmente permitidas como tabaco y alcohol, predominando epidemiológicamente en la zona norte del país, seguida por la región central (particularmente en la ciudad de Guadalajara)¹.

El grave impacto del consumo de alcohol en la salud resulta bien tipificado por la edad tan temprana en que este se inicia -entre los 14 y 18 años-, la fácil disponibilidad social del alcohol, el aumento de su consumo en mujeres (lo que también afecta a mujeres en edad fértil), así como la escasa conciencia sobre los riesgos de deterioro del Sistema Nervioso Central (SNC) fetal que implica el consumir alcohol durante el embarazo.

Dosis altas de alcohol aumentan el riesgo de aborto espontáneo y esterilidad, asociándose a una alta prevalencia de infecciones virales y bacterianas. Se ha referido que el daño neuronal ocasionado por el alcohol es más intenso en los adolescentes. De hecho, el etanol ejerce una fuerte influencia negativa sobre el proceso de desarrollo cerebral (todavía muy activo a estas edades), con las consecuencias que ello implica para la capacidad de memoria y el aprendizaje. Es probablemente por esto que los efectos sobre el SNC son más pronunciados y tienen una mayor repercusión a largo plazo en quienes inician el consumo de alcohol en la adolescencia antes de

que finalice la maduración cerebral.² Algunos estudios han demostrado que la barrera placentaria es atravesada por multitud de sustancias, entre ellas el alcohol, lo que convierte al feto en un sujeto pasivo de la drogadicción materna y con mayor susceptibilidad de presentar el denominado Síndrome de Abstinencia Fetal (SAF).³ Varias drogas son capaces de provocar (SAF) como las benzodiazepinas, anfetaminas, cocaína, alcohol, barbitúricos, opiáceos, heroína, metadona, morfina y codeína, entre otras.

Respecto a las mujeres adictas que están embarazadas, la gran mayoría son poliusuarias, lo que agrava el pronóstico del desarrollo fetal, a lo que cabría añadir factores concurrentes como la temprana edad de embarazo, pobre cuidado maternal, bajo nivel socio-económico, desnutrición y una menor percepción sobre el riesgo que implica el consumo. En 1992, en Estados Unidos se evaluó la prevalencia nacional de uso de drogas en mujeres embarazadas mostrando que un 5.5 % de los 4 millones de mujeres que dieron a luz en ese año habían usado drogas ilegales. En este mismo estudio que comprendió una muestra de 2613 mujeres, la marihuana resultó la droga ilegal más utilizada (2.9% de la muestra), seguida de la cocaína (1.9%). Sin embargo, el uso de nicotina (20%), y alcohol (18.8%) fue mucho mayor, estableciéndose una estrecha relación entre el uso de tabaco, alcohol y el uso de drogas ilícitas.⁴

Factores de riesgo en el neurodesarrollo por la exposición a drogas

La exposición a drogas incrementa el riesgo para un trastorno en el neurodesarrollo. Las drogas de abuso ocasionan mayor número de partos prematuros y este tipo de nacimientos suelen presentar mayores complicaciones en comparación con los niños que nacen a término (40-42 semanas).

Alcohol

Los niños expuestos a alcohol intraútero (entre 40 y 60 g/Kg por día) pueden padecer el efecto de la droga o el Síndrome del Feto Alcohólico (FAS). Como consecuencia estos niños tienen una mayor probabilidad de desarrollar problemas físicos, cognoscitivos y conductuales, agudos o crónicos, ya que la madre reduce la ingesta de comida, agua y disminuye su peso en el embarazo. El antecedente de consumo materno de alcohol se ha asociado con la presencia de una alteración en la actividad motora post-natal entre los 16 y 20 días, así como una mayor mortalidad postnatal,⁴ pero todavía resulta incierta la dosis necesaria para provocar un daño neurológico apreciable.

La exposición intrauterina al alcohol impacta el desarrollo del feto y se ha señalado que existen factores genéticos involucrados en la aparición de cierta susceptibilidad para padecer, en un grado mayor, los efectos de exposición prenatal al alcohol. De hecho, la prevención del FAS constituye una prioridad para la salud pública, por lo que se han desarrollado estrategias de prevención y tratamiento para tratar de reducir la exposición al alcohol en el embarazo, midiendo adicionalmente los riesgos de que esta u otra entidad clínica relacionada aparezca. Sin embargo, la extensión de estos programas es limitada y no cubre a toda la población en riesgo.

Alcohol prenatal; alteraciones morfológicas y funcionales asociadas

Se ha reportado una estrecha correlación entre el consumo materno de alcohol durante el embarazo y la presencia de anomalías morfológicas del crecimiento en la descendencia como bajo peso al nacer, menor circunferencia cefálica y reducción en la talla. Esto ocurre con mayor frecuencia y gravedad cuando la exposición al alcohol se produce durante los primeros 2 meses del primer trimestre del embarazo.³

Dadas las propiedades reforzantes del etanol sobre el sistema opioide y su acción sobre los mecanismos de memoria asociativa, el sueño activo disminuye en los niños expuestos produciendo un mayor porcentaje de despertares.⁵ También parece existir un efecto de preferencia para la ingestión de etanol en aquellos niños que fueron expuestos al mismo antes de su nacimiento.⁶

Evaluación experimental de la exposición temprana al alcohol

La exposición prenatal combinada a drogas como el óxido nítrico o la ketamina (ambos agentes anestésicos) y alcohol causa daño en el cerebro de las ratas en vía de desarrollo. Estas drogas impiden a las células del cerebro recapturar el glutamato (NMDA) ocasionando apoptosis. Esto se puede ocasionar con una sola administración de droga intraútero en el último trimestre. Estudios postnatales observaron que el séptimo día de vida es crítico para la aparición de bloqueos en los canales NMDA de glutamato y por ende el desarrollo de una mayor área de apoptosis (principalmente en cerebro anterior, varias áreas talámicas y corteza cerebral) en regiones cerebrales involucradas en la integración de la información sensorial, ambiental y los procesos cognoscitivos.⁷

Se ha demostrado que el hipocampo es una estructura vulnerable a los efectos del alcohol. El consumo de alcohol por la madre embarazada podría causar un incremento en la liberación de

glutamato inducida por glucocorticoides en el feto predisponiendo neurotoxicidad en el mismo.⁸ Además, se ha reportado que los niños expuestos intra-útero al alcohol muestran asimetría hipocámpal, predominando una disminución del volumen del hipocampo izquierdo cuya severidad depende del nivel de abuso del alcohol. Esta asimetría puede correlacionar con un aprendizaje verbal anormal.⁷ Similares anomalías a las descritas se pueden observar en el cuerpo calloso durante el síndrome del alcohol fetal (FAS); desde decrementos sutiles de tamaño hasta su completa agenesia. El nivel de desplazamiento del cuerpo calloso ocasionado por su reducción anatómica parece correlacionar con la aparición de deterioro en las habilidades para el aprendizaje verbal.⁹ El consumo prenatal de alcohol puede causar retardo en el desarrollo fetal, sobretodo si el mismo se presenta durante el segundo o tercer trimestre de embarazo asociándose con dilatación cerebrovascular e hipoxia asociada.¹⁰

Cocaína

Actualmente existen muchas limitaciones metodológicas para evaluar los efectos cognoscitivos a largo plazo de la exposición a cocaína prenatal en niños, aunque resulta dramático el número de niños nacidos con exposición prenatal a cocaína durante la última década. Algunas investigaciones han utilizado modelos animales para estudiar este fenómeno aunque con resultados controversiales, por lo que hay muy poca investigación concreta y generalizable al respecto.

Algunos datos parecen documentar que los niños expuestos prenatalmente a cocaína tienen problemas conductuales en la escuela. Sin embargo, cabría añadir la influencia de otros factores como el ambiente y estimulación postnatal, exposiciones secundarias y el parentesco entre los padres al efecto puro de la exposición prenatal. Singer y colaboradores (2004) evaluaron la exposición prenatal a cocaína y la calidad del ambiente a través de una entrevista clínica, la aplicación de la escala de Wechsler y distintos exámenes complementarios encontrando déficit no significativos en las subescalas visoespacial y conocimiento general sin cambios relevantes en el cociente intelectual (C.I.). Este estudio reveló que la calidad del ambiente era el predictor más importante para estos resultados ya que los niños expuestos a ambientes estimulantes mejoraban significativamente su nivel de C.I..¹¹

La adicción a las drogas parece involucrar cambios neurobiológicos persistentes como los observados en el receptor de dopamina D1, mismo que está asociado a la neuroadaptación inducida por cocaína, aún cuando los mecanismos intracelulares subyacentes todavía son inciertos. Las dendritas son remodeladas por la exposición repetida a la cocaína, atenuando la sensibilización conductual y la memoria a la preferencia de lugar, lo que facilita los mecanismos de adquisición y extinción de los cambios inducidos por la cocaína.¹²

Exposición prenatal a Cocaína

El abuso de cocaína maternal se ha asociado en el neonato con presión arterial aumentada, vasodilatación cerebral, sobre todo en cerebelo y tallo cerebral, disminuyendo la resistencia vascular cerebral, pero sin alterar el caudado.¹³ A los 6 meses de edad, la exposición prenatal a la cocaína se asocia con anomalías en el tono, postura y orientación por perturbaciones en los sistemas monoaminérgicos.¹⁴

La exposición prenatal a la cocaína se asocia con un incremento de infecciones, tal vez porque induce incremento en la actividad simpática que se asocia con una disminución prenatal de los mecanismos que sustentan la respuesta inmune.¹⁵ En esta dirección se ha reportado, por ejemplo, que la administración de cocaína intravenosa a ovejas gestantes puede producir una serie de complicaciones cardiopulmonares, neurológicas, bradiritmia, dificultad respiratoria y muerte en los productos.¹⁶ Estos resultados se interpretaron como el efecto de una acción directa de la cocaína sobre la función cardiovascular materna y fetal vía transplacentaria, afectando indirectamente al feto por hipoxia y vasoconstricción de la arteria uterina con reducción del cuerpo estriado, núcleo accumbens y alteración funcional de la vía dopaminérgica.¹⁷

En general, se ha postulado que la cocaína ocasiona una activación del circuito de recompensa corticolímbico, que altera la motivación subjetiva y el autodomínio que son modulados por la corteza prefrontal lateral y la corteza prefrontal orbital¹⁸, lo que tal vez dificulte el abandono de su consumo aún en condiciones de embarazo. Adicionalmente, la cocaína actúa directamente sobre el feto induciendo cambios neurotóxicos que podrían desencadenar una encefalopatía tóxica, mientras que, de forma secundaria, modifica el flujo sanguíneo cerebral ocasionando la aparición de isquemia, hemorragias, vasculitis e infartos cerebrales. A lo anterior habría que añadir la hipoxia resultante del efecto cardiopulmonar de la droga.

Exposición prenatal a Nicotina

Existe el consenso general de que la exposición a nicotina puede dañar el SNC por su efecto neuroteratógeno, aún a concentraciones que no afecten el crecimiento fetal.¹⁹ La exposición

prenatal a la nicotina ha sido asociada con la aparición de trastornos de conducta y tendencias antisociales en la infancia y adolescencia,²⁰ mayor riesgo de aparición de déficit en el procesamiento cognitivo y la atención visual,²¹ así como desempeño intelectual subnormal,²² entre otros cambios patológicos del desarrollo. Se ha documentado experimentalmente que la exposición temprana a la nicotina podría ocasionar alteraciones en la estructura celular hipocámpal y la corteza somatosensorial.²³

Exposición a drogas y actividad eléctrica cerebral

Como se comentó con anterioridad, la exposición prenatal a drogas se ha relacionado con la aparición de diversas alteraciones neurocognitivas expuestas ante la ejecución experimental de varias tareas y con la probable participación funcional de múltiples regiones anatómicas. La aplicación de novedosas técnicas de neuroimagen ha producido importantes avances en las investigaciones sobre el impacto morfo-funcional de la exposición temprana a drogas y los mecanismos y sustratos cerebrales implicados. Existe el consenso de que la exposición a drogas de abuso provocan, en general, alteraciones significativas en extensas regiones corticales (especialmente corteza fronto-temporal), subcorticales (amígdala, hipocampo y corteza insular) y basales (cuerpo estriado). Estas alteraciones se asocian con patrones anormales de activación funcional durante la ejecución de numerosas tareas de memoria, inhibición y toma de decisiones. Más allá de la innegable utilidad de los medios de neuroimagen, su alto costo y pobre resolución temporal limitan su uso y aplicación masivos. Es por esto que la aplicación de diversas técnicas electrofisiológicas para el estudio de la actividad eléctrica cerebral (en particular el *electroencefalograma*; EEG), dadas sus características de no invasividad, bajo costo y alta resolución temporal, han demostrado constituir una herramienta útil para la evaluación funcional del SNC en neonatos.

EEG y Alcohol

Aunque resulte paradójico, existen pocos estudios del EEG en niños con exposición prenatal al alcohol. En general, la mayor preocupación en torno al consumo de alcohol (aún en dosis mínimas) por las mujeres embarazadas consiste en sus probables efectos deletéreos sobre el desarrollo cognitivo del producto. En este sentido, el estudio del EEG ha mostrado que el impacto de la exposición prenatal al alcohol puede afectar extensas redes neurales con el consiguiente deterioro de funciones sensoriales y cognitivas asociadas (ver D'Angiulli et al., 2006 para revisión).²⁴ En modelos animales experimentales se ha demostrado que la exposición prenatal al etanol produce un incremento en la actividad del EEG sobre las regiones corticales fronto-parietales entre los 16 y 32 Hz, con disminución de la excitación hipocámpal que podría interpretarse como los sustratos neurales predisponentes para el desarrollo de un trastorno de la atención.²⁵ Siguiendo esta idea se ha logrado demostrar que la exposición precoz a etanol produce cambios permanentes en la regulación circadiana de la actividad rítmica y en la ritmicidad del núcleo supraquiasmático,²⁶ lo que podría explicar la reiterada observación clínica de que los niños y adultos expuestos a alcohol intra-útero desarrollan distintos trastornos del sueño con posterioridad.²⁷

EEG y Cocaína

En niños que han sido expuestos intra-útero a cocaína se ha observado una significativa asimetría frontal en el EEG cuando tienen que responder a estímulos inductores de alguna emoción.²⁸ Asimismo responden menos empáticamente a emociones ajenas con respecto a los niños controles, lo cual podría interpretarse como una afectación temprana del desarrollo emocional. Resulta llamativo el hecho de que resultados similares son obtenidos en hijos de madres deprimidas.²⁹ También se ha reportado que las medidas cuantitativas del EEG en niños con exposición prenatal a cocaína muestran alteraciones en el desarrollo de las correlaciones espectrales entre regiones homólogas de ambos hemisferios cerebrales, con disminución de los valores de la potencia espectral al año de edad.²⁷ Además, se ha encontrado un exceso en el poder relativo alpha con déficit concomitante en los poderes relativos de las bandas delta y theta en estos niños,³⁰ así como una discordancia electroclínica en distintas fases de sueño.³¹

EEG y Nicotina

Aunque escasean los estudios en humanos sobre las resultantes electrofisiológicas de la exposición prenatal a la nicotina, la evaluación de este efecto en modelos experimentales animales ha revelado una disminución en la actividad eléctrica de la corteza hipocámpal en las frecuencias 1-2 Hz con atenuación de la amplitud del componente P300 ante la exposición temprana a nicotina.³² Este resultado probablemente sea consecuencia de la desorganización sináptica y el trastorno funcional hipocámpal inducidos por la nicotina. Además, la exposición prenatal

prolongada a nicotina origina un aumento progresivo de la activación electrocortical durante el sueño, en particular en la fase IV.³³

El análisis de fuentes neuroeléctricas (*tomografía electromagnética cerebral de baja resolución*) ha demostrado una hipoactivación de las cortezas cingulada anterior, orbito-frontal y prefrontal ante la exposición a nicotina, que probablemente sustente la sospecha de cambios disfuncionales en la actividad de las redes neurales del lóbulo frontal.³⁴

Potenciales Relacionados con Eventos

Como parte del estudio de la actividad eléctrica cerebral se ha desarrollado la técnica conocida como "potenciales relacionados con eventos" (PRE), referida esta a la posibilidad de extraer del EEG por distintos medios de análisis (como la promediación y el filtraje) los cambios eléctricos cerebrales específicos originados por un evento o estímulo particular. Dada su relación temporal con el estímulo y a que algunos de sus componentes no dependen del estado de conciencia o cooperación del sujeto, los PRE han sido utilizados en recién nacidos como predictores de daño cognoscitivo. El estudio con potenciales evocados visuales, por ejemplo, ha servido para demostrar la aparición de afectaciones visuales específicas como la reducción del efecto de contraste y de la visión rojo-verde en el niño expuesto intraútero a solventes orgánicos.³⁵ También se han empleado componentes específicos para evaluar el estado de integridad procesal del SNC, como es el caso de los componentes N100 –vinculado a la distribución de recursos atencivos- o la "mismatch negativity", una onda negativa relacionada funcionalmente con la actualización del contenido en memoria auditiva temprana.^{36,37}

Consideraciones finales

A pesar de constituir una noción generalizada el hecho de que la exposición prenatal a drogas puede causar daño o deterioro cognitivo, los resultados obtenidos en la búsqueda para evidenciar estos efectos continúan siendo controversiales, tal vez por su dependencia de factores como la susceptibilidad individual, cantidad de droga consumida, calidad de la misma, frecuencia e intensidad de la exposición, entre muchos otros. A pesar de que la observación clínico-morfológica y conductual del niño expuesto resulta inapreciable para su caracterización, consideramos que el uso más extensivo de técnicas de exploración neurofisiológica como el EEG y los PRE podrían ser de gran utilidad por ser económicas, no invasivas, fáciles y prácticas en su instrumentación.

REFERENCIAS

- 1.- Encuesta Nacional de Adicciones (ENA). 2003. INEGI. <http://www.inegi.gob.mx/>.
- 2.- Todor I. 2007. Memory distortions and anxiety in alcoholism: a directed-forgetting investigation. *J Psychol.* 141(3):229-39.
- 3.- Niccols A. 2007. *Fetal alcohol syndrome and the developing socio-emotional brain.* **Brain Cogn. En prensa.**
- 4.- NIDA Survey Provides First National Data on Drug Use During Pregnancy," *NIDA NOTES*, January/February 1995, p. 6.)
- 5.- Scher MS, Richardson GA, Day NL. 2000. Effects of prenatal cocaine/crack and other drug exposure on electroencephalographic sleep studies at birth and one year. *Pediatrics* 105(1 Pt 1):39-48.
- 6.- Gaultney JF, Gingras JL, Martin M, DeBrule D. 2005. Prenatal cocaine exposure and infants' preference for novelty and distractibility. *J Genet Psychol.*166(4):385-406.
- 7.- Thomas JD, Riley EP.1998. Fetal alcohol syndrome: does alcohol withdrawal play a role? *Alcohol Health Res World.* 22(1):47-53.
- 8.- Iqbal U, Brien JF, Kapoor A, Matthews SG, Reynolds JN. 2006. Chronic prenatal ethanol exposure increases glucocorticoid-induced glutamate release in the hippocampus of the near-term foetal guinea pig. *J Neuroendocrinol.* 18(11):826-34.
- 9.- Sowell ER, Mattson SN, Thompson PM, Jernigan TL, Riley EP, Toga AW. 2001. Mapping callosal morphology and cognitive correlates. Effects of heavy prenatal alcohol exposure. *Neurology* 57:235-244
- 10.- Mayock DE, Ness D, Mondares RL, Gleason CA. 1997. Binge alcohol exposure in the second trimester attenuates fetal cerebral blood flow response to hypoxia. *Pediatrics Res.* (42)1:39-45
- 11.- Singer LT, Minnes S, Short E, Arendt R, Farkas K, Lewis B, Klein N, Russ S, Min MO, Kirchner HL. 2004. Cognitive outcomes of preschool children with prenatal cocaine exposure. *JAMA.* 291:2448-2456
- 12.- Zhang J, Zhang L, Jiao H, Zhang Q, Zhang D, Lou D, Katz JL, Xu M. 2006. ^C-Fos facilitates the acquisition and extinction of cocaine-induced persistent changes. *J. Neurosci.* 26(51):13287-13296.

- 13.- Gleason CA, Iida H, O'Brien TP, Jones MD Jr, Cone EJ, Traystman RJ. 1993. Fetal responses to acute maternal cocaine injection in sheep. *Am J Physiol.* 265.
- 14.- Chiriboga CA, Kuhn L, Wasserman GA. 2007. Prenatal cocaine exposures and dose-related cocaine effects on infant tone and behavior. *Neurotoxicol Teratol.* 29(3):323-30
- 15.- Irwin MR, Olmos L, Wang M, Valladares EM, Motivola SJ, Fong T, Butch A, Olmstead R, Cole SW. 2007. Cocaine dependence and acute cocaine induce decreases of monocyte proinflammatory cytokine expression across the diurnal period: autonomic mechanisms. *J Pharmacol Exp Ther.* 320(2):507-15.
- 16.- Woods JR Jr, Plessinger MA, Scott K, Miller RK. 1989. Prenatal cocaine exposure to the fetus: a sheep model for cardiovascular evaluation. *Ann NY Acad Sci.* 562:267-79
- 17.- Choi SJ, Mazziro E, Kolta MG, Soliman KFA. 1998. Prenatal cocaine exposure affects postnatal dopaminergic systems in various regions of the rat brain. *Ann NY Acad Sci.* 844:293-302.
- 18.- Roesch MR, Takahashi Y, Gugsá N, Bissonette GB, Schoenbaum G. 2007. Previous cocaine exposure makes rats hypersensitive to both delay and reward magnitude. *J Neurosci.* 27(1):245-50.
- 19.- Roza SJ, Verburg BO, Jaddoe VW, Hofman A, Mackenbach JP, Steegers EA, Witteman JC, Verhulst FC, Tiemeier H. 2007. Effects of maternal smoking in pregnancy on prenatal brain development. The Generation R Study. *Eur J Neurosci.* 25(3):611-7.
- 20.- Gatzke-Kopp, LM, Beauchaine, TP. 2007. Direct and Passive Prenatal Nicotine Exposure and the Development of Externalizing Psychopathology. *Child Psychiatry Hum Dev.* En prensa.
- 21.- Jacobsen, LK, Slotkin, TA, Mencl, WE, Frost, SJ, Pugh, KR. 2007. Gender-Specific Effects of Prenatal and Adolescent Exposure to Tobacco Smoke on Auditory and Visual Attention. *Neuropsychopharmacology.* En prensa.
- 22.- Steinhausen, HC, Blattmann, B, Pfund, F. 2007. Developmental outcome in children with intrauterine exposure to substances. *Eur Addict Res.* 13(2):94-100.
- 23.- Roy TS, Seidler FJ, Slotkin TA. 2002. Prenatal nicotine exposure evokes alterations of cell structure in hippocampus and somatosensory cortex. *J Pharmacol Exp Ther.* 300(1):124-33.
- 24.- D'Angiulli A, Grunau P, Maggi S, Herdman A. 2006. Electroencephalographic correlates of prenatal exposure to alcohol in infants and children: a review of findings and implications for neurocognitive development. *Alcohol* 40(2):127-33.
- 25.- Slawecki CJ, Thomas JD, Riley EP, Ehlers CL. 2004. Neurophysiologic consequences of neonatal ethanol exposure in the rat. *Alcohol.* 34(2-3):187-96
- 26.- Allen GC, West JR, Chen WJ, Earnest DJ. 2005. Neonatal alcohol exposure permanently disrupts the circadian properties and photic entrainment of the activity rhythm in adult rats. *Alcohol Clin Exp Res.* 29(10):1845-52.
- 27.- Scher MS, Richardson GA, Coble PA, Day NL, Stoffer DS. 1988. The effects of prenatal alcohol and marijuana exposure: disturbances in neonatal sleep cycling and arousal. *Pediatr Res.* 24(1):101-5.
- 28.- Jones NA, Field T, Davalos M, Hart S. 2004. Greater right frontal EEG asymmetry and nonemphathic behavior are observed in children prenatally exposed to cocaine. *Int J Neurosci.* 114(4):459-80.
- 29.- Jones NA, Field T, Davalos M. 2000. Right frontal EEG asymmetry and lack of empathy in preschool children of depressed mothers. *Child Psychiatry Hum Dev.* 30(3):189-204.
- 30.- Pritchep LS, Kowalik SC, Alper K, de Jesus C. 1995. Quantitative EEG characteristics of children exposed in utero to cocaine. *Clin Electroencephalogr.* 26(3):166-72.
- 31.- Legido A, Clancy RR, Spitzer AR, Finnegan LP. 1992. Electroencephalographic and behavioral-state studies in infants of cocaine-addicted mothers. *Am J Dis Child.* 146(6):748-52.
- 32.- Slawecki, CJ, Thomas, JD, Riley, EP, Ehlers, CL. 2000. Neonatal nicotine exposure alters hippocampal EEG and event-related potentials (ERPs) in rats. *Pharmacol Biochem Behav.* 65(4):711-8.
- 33.- McNerney ME, Szeto HH. 1993 Prenatal nicotine exposure evokes changes in the incidence and degree of fetal electrocortical activation. *J Pharmacol Exp Ther.* 267(3):1460-9.
- 34.- Neuhaus A, Bajbouj M, Kienast T, Kalus P, von Haebler D, Winterer G, Gallinat J. 2006. Persistent dysfunctional frontal lobe activation in former smokers. *Psychopharmacology (Berl).* 186(2):191-200.
- 35.- Till, C, Westall, CA, Koren, G, Nulman, I, Rovet, JF. 2005. Vision abnormalities in young children exposed prenatally to organic solvents. *Neurotoxicology* 26(4):599-613.
- 36.- Lindgren M, Stjernqvist K, Ors M, Rosén I. 2000. Event-Related potential findings in healthy extremely pre-term (< week 29) children at age 10. *Child Neuropsychol.* 6(2):77-86.
- 37.- Tanaka M, Okubo O, Fuchigami T, Harada K. 2001. A study of mismatch negativity in newborns. *Pediatrics Int.* 43:281-286

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA Y AUTOESTIMA EN EL TRABAJO CON LAS ADICCIONES

Miguel Angel Montoya Vázquez

Correspondencia: Carretera de ingreso a Tlajomulco Km. 3.5 Tel. 01 (33) 37 98 07 77
e-mail.-<mailto:amexi52@hotmail.com> & www.miautoestima.com.mx

Recibido: 3 Oct 2007

Aceptado: 12 Nov 2007

INTRODUCCIÓN

Programación Neurolingüística (PNL) hace su presencia en el ámbito de las adicciones de una forma contundente y efectiva ya que ofrece diversas herramientas que facilitan una comunicación efectiva con las estructuras profundas y superficiales de la persona, así como diversas técnicas que ayudan a sanar la "heridas" de la infancia; así como impulsar diversas áreas de la personalidad.

Las adicciones, presentes en la experiencia humana desde siempre, en la época actual adquieren renovada relevancia debido a la alarmante invasión de nuevas sustancias. En la búsqueda una respuesta rápida y fácil a las grandes interrogantes de la vida, se cree que estas podrán ser encontradas en la conducta adictiva. Sumado a ello, las sustancias adictivas son de más fácil adquisición, lo cual contribuye a que sean adquiridas y consumidas de forma más fácil.

Existen, de igual forma, un sinnúmero de conductas que se convierten, al igual que las sustancias, en elementos de fuga de la realidad que se vive, sin comprender que esta realidad es solo la manifestación de un Yo que desea desarrollo. Visto desde una perspectiva mas amplia y humana, las adicciones constituyen un importante medio a través del cual nuestra vida puede hacer contacto con sus áreas más profundas, las cuales, de ser trabajadas de forma adecuada, bien pueden convertirse en el gran disparador de nuestro desarrollo personal. Pero que también, de no atenderse apropiadamente pueden convertirse en un camino que conduzca a la desorganización de la vida, de quienes la rodean y en ocasiones hasta acabar con ella.

Por otro lado, el impulso de nuestra autoestima constituye uno de los elementos centrales que apoyan una recuperación integral; trabajar en ella nos invita a reconciliarnos con nuestro pasado y a impulsar una relación más positiva con nosotros mismos. El tema es amplio y el margen de escritura breve, aun así presentamos la visión de nuestra asociación en el trabajo con las adicciones desde la PNL y la Autoestima.

Que es la Programación Neurolingüística.

La Programación Neurolingüística es una herramienta que nace en el campo de la psicoterapia, sin embargo amplia su presencia en otros campos del que hacer humano. Surge originalmente como producto de los estudios de Richard Bandler y John Grinder sobre los procesos lingüísticos empleados por los terapeutas Fritz Perls, Virginia Satir y Milton H. Erickson. La PNL es más que un modelo terapéutico pues ha difundido su eficacia y su utilidad en otras áreas como: educación, ventas, deportes, medicina, desarrollo organizacional y por supuesto en el trabajo con adicciones. La PNL es un descubrimiento. Siempre ha existido, el importante aporte de Grinder y Bandler es la sistematización que hacen de lo que ahí ha estado desde siempre. Podemos decir además que la PNL es un meta modelo, es decir, un modelo para obtener los modelos que siguen las personas al realizar una actividad de manera exitosa.

¿Cómo se realiza el modelaje?

Primeramente, se busca identificar cuáles son las constantes, o los patrones que sigue una persona que tiene éxito en una determinada área. Una vez detectados estos patrones, podemos secuenciarlos en unidades pequeñas, de forma tal que sea posible enseñarlos a otras personas que deseen lograr los mismos resultados. El énfasis en PNL está en el proceso más que en el contenido de una experiencia. Nos enfocamos más en detectar cómo le hace una persona para lograr sus metas, en lugar de centrarnos en lo que hace. Dichas pautas ordinariamente se encuentran fuera de la conciencia de quien las realiza, pues normalmente estamos prestando atención tan sólo al contenido.

Acerca de los Niveles Neurológicos.

Al realizar una intervención es conveniente que consideremos en qué nivel lógico se encuentra la situación que se nos presenta, de esta forma haremos más precisa y efectiva nuestra intervención.

Nivel Neurológico	En relación a...	Responde a la pregunta
Espiritual	Visión/Propósito	<i>Para quién más</i>
Identidad	Misión	<i>Quién soy</i>
Creencias/Valores	Motivación	<i>Por qué</i>
Capacidades	Dirección	<i>Cómo</i>
Conductas	Acción	<i>Qué</i>
Medio ambiente	Reacciones	<i>Dónde</i>

En ocasiones se cree que el padecimiento adictivo se encuentra en el nivel de conducta, por ello se considera a la persona como carente de voluntad por no poder parar la actuación de la conducta adictiva; sin darse cuenta de que el padecimiento sienta sus bases en el nivel de identidad, por ello la importancia de sanar las emociones surgidas de nuestra infancia, las cuales pueden ser modificadas por medio del nivel espiritual. De ahí la importancia de identificar el lugar donde se encuentra enraizado el padecimiento, ello nos permite que un tratamiento sea más efectivo y profesional.

Para entender la adicción.

La adicción es un síntoma, el cual busca ser la manifestación positiva de un sistema que anhela la vida y el desarrollo. Manteniendo la respetable distancia a la popularizada forma de concebir a la adicción como enfermedad.

En PNL es importante atender a los mensajes que de lo profundo nos trae el síntoma. Desde PNL se considera que toda persona que vive la experiencia adictiva se encuentra capacitada para salir adelante de esa vivencia. Y que puede convertirla en el punto de arranque para su desarrollo integral como ser humano.

Normalmente los humanos nos quedamos anclados en la experiencia adictiva por considerarla una forma "fácil" para obtener felicidad. El adicto teme dejar el "paraíso" una vez que le ha conocido. Sin embargo, debido a la tendencia natural de nuestro organismo hacia el desarrollo y hacia la manifestación de nuestra individualidad el síntoma se hace presente, una presencia en la mayoría de las ocasiones esta cargada de dolor, un dolor que se hace cada vez más insoportable. De esta forma llega el momento en que estamos listos para iniciar el proceso de cambio. Claro que para estar listo hay que desear estarlo, a fin de cuentas los deseos constituyen el primer paso para conseguirlo. Posteriormente hay tener una estrategia para conseguirlo, la principal consistente en redescubrir nuestro propio valor, impulsando lo que llamamos autoestima.

Acerca de la autoestima.

¿Qué es la autoestima? La autoestima es una experiencia interna que se manifiesta en nuestro exterior por medio de nuestras conductas. Por ello se afirma que la autoestima es: Un estado del ser, un acontecimiento dinámico y subjetivo que sucede en la mente y en el cuerpo.

En una reflexión profunda sobre el tema debiera incluirse el que la autoestima es un proceso permanente de reconciliación con nuestros diversos YOs, sobre todo con aquellos aspectos negados de nuestra estructura psíquica. La investigación revela un estrecho vínculo entre una alta autoestima, una mayor conciencia y por lo tanto una disminución importante en conductas autodestructivas como las adictivas.

Estado actual y estado deseado; los movimientos del cambio.

Todo proceso de cambio en el ámbito de las adicciones y de cualquier otro parte de la aceptación del estado actual, el cual que se ha convertido en ingobernable, que causa dolor y desorganiza nuestra existencia; para posteriormente dirigirnos a un estado deseado.

Por ello, en el tratamiento de las adicciones es muy importante afianzar adecuadamente la derrota para posteriormente ayudarle a que defina hacia donde desea dirigirse.

La derrota como principio de realidad.

Para lograr derrotarse ante el flagelo adictivo, se requiere un ejercicio de conciencia, desarrollando una profunda honestidad. No de cualquier tipo de conciencia, el adicto se ha auto engañado durante mucho tiempo, para poder llagar a una verdadera conciencia y llegar a un fondo que le permita iniciar su recuperación hará falta la experiencia de sufrimiento, un sufrimiento que lo sacuda, que lo conduzca al fondo de su experiencia adictiva. Se pretende que la derrota sea la piedra clave que cimiente la construcción de la persona. La derrota humilde de que no se puede continuar "funcionando" a través de la droga, aceptar la verdad de que no es posible controlarla, que ella es la que tiene el control de la vida. Desde esta reflexión, la derrota es un factor positivo, el punto de arranque del proceso de transformación. La derrota más que ser vista como fracaso, es un importante logro para que nazca un yo renovado. Una persona nueva. Por ello afirmo que: una debilidad reconocida es una fortaleza vivida. Se requiere de la aceptación de que nuestra conducta adictiva ha afectado tan hondo nuestra vida, que ha pasado a ser un componente vital de nuestra existencia, que se nos ha salido de control y que ahora se encuentra controlándonos.

La adicción como síntoma de lo profundo.

Comúnmente decimos que el *síntoma* es similar a un cartero que trae un mensaje desde muy lejos, un cartero que en su estructura de personalidad es alguien que es celoso de su deber, un cartero terco que nos trae un mensaje, que como todo cartero, cuando nosotros le escuchamos, cuando recibimos su mensaje, este se retira porque ha cumplido con su misión. De igual manera la adicción se retira cuando atendemos al mensaje que nos trae. En muchas ocasiones se encuentra vinculada con necesidades, con áreas no desarrolladas, o aspectos no resueltos de nuestra estructura de la personalidad. Se encuentran vacíos en nuestro interior, heridas emocionales que están buscando ser atendidas y que al no encontrar una respuesta, se ha manifestado por medio de una adicción. Por eso, cuando creemos que hemos solucionado un padecimiento adictivo por el simple hecho de esconder, de suprimir la conducta o el consumo, hay que recordar que nos encontramos única y exclusivamente en el primer paso. Que de no atenderse esos mensajes profundos, ese síntoma volverá a aparecer y aparecerá de manera más fuerte.

Los síntomas desean trasmitirnos un mensaje positivo.

La intención positiva del síntoma adictivo radica en que este desea trasmitirnos un mensaje que es benéfico para nuestro sistema. Escuchar su mensaje nos pone en definitiva en el camino hacia el desarrollo, nos abre horizontes, nos invita a hacernos responsables de nuestro propio desarrollo, nos invita a ponernos en marcha.

¿Cómo comunicarnos con ese síntoma? ¿Cómo escucharlo? Primeramente, deberemos aprender a agudizar nuestros sentidos, a tenerlos atentos, a seguir sus ritmos para captar qué es lo que desea trasmitirnos.

Un enfoque positivo de nuestra adicción.

La Programación Neurolingüística nos ofrece diversos métodos para poder entrar en comunicación con nuestro síntoma

Comunicándome con el síntoma.

Por medio de este ejercicio obtenemos información valiosa que proviene de la comunicación que establecemos con nuestro síntoma. Par ello lo imaginamos frente a nosotros y le damos una forma física, una vez frente a nosotros le preguntamos que es lo que desea comunicarnos, posteriormente nos ponemos en el lugar del síntoma, imaginariamente nos convertimos por un momento en la adicción y desde ella le comunicamos al YO que ha realizado la pregunta... De esta y muchas formas mas PNL nos pone en contacto con rituales que nos permiten obtener información valiosa para nuestro desarrollo.

Sería motivo de escritos o entrenamientos ampliados el adiestrar en el manejo de las herramientas que aquí comento. Si deseas conocer mas sobre estas herramientas puedes acudir a los libros escritos por un servidor, los cuales menciono en la bibliografía.

Como especificar nuestros objetivos.

Programación Neurolingüística enfatiza la importancia de definir el rumbo hacia el cual deseamos dirigirnos. Para hacerlo de forma adecuada se nos ofrecen 5 elementos que nos permiten especificar lo que deseamos de forma adecuada.

Los 5 elementos para un buen objetivo:

- Que sea descrito en un lenguaje positivo.
- Que se amplíe su descripción con elementos visuales, auditivos y kinestésicos.
- Que se describa la forma como nos daremos cuenta de que lo estamos logrando.
- Preguntarse si lo que se desea puede ser iniciado y controlado por uno mismo.
- Preguntarse sobre si lo que se desea será adecuado para los diversos aspectos de su vida y cual será el impacto al irlo logrando.

Un futuro motivante.

Una vez que hemos definido nuestro objetivo es importante que nos asociemos a él por medio de representárnoslo como un componente motivante para nuestra vida. Al hacerlo es importante tomar conciencia sobre sus diversos pasos que se dan para alcanzar lo que se desea, esta es una forma que nos permitirá convertirlo en realidad.

Elementos para comunicarnos adecuadamente en una relación de ayuda.

Para acompañar un proceso de recuperación es importante el que se desarrollen habilidades comunicacionales que nos permitan comprender el modelo de mundo que nuestro interlocutor maneja. La comunicación es un medio fundamental para apoyar un proceso adictivo, por ello PNL nos ofrece diversos elementos que hacen que esta sea más efectiva.

La comunicación humana.

Elemento central de la vida humana, y no un añadido. Nos comunicamos de forma permanente puesto que toda conducta es comunicación. Es claro que para el ser humano no es posible no comunicarse. Por lo tanto, si no puedo dejar de comunicarme, la clave se encuentra en como me comunico y que es lo que comunico. La comunicación es el medio por el cuál puedo entraren contacto con una visión de mundo deferente a la mía y con ello enriquecerme.

En relación al ámbito terapéutico es importante enfatizar que la comunicación es uno de los componentes centrales para hacerla efectiva. Para poder trabajar de forma comprometida y efectiva con el mapa adictivo es importante que sintonicemos con el, para desde ahí poder conducirlo hacia su recuperación.

Para poder lograrlo la PNL nos ofrece diversos elementos que la convierten en un componente profesional, permitiéndonos que nuestra tarea de acompañamiento de los procesos adictivos resulte más efectiva.

Los principales aportes de la PNL son:

Crear el rapport.

Para hacer que nuestra comunicación resulte efectiva es conveniente que se logre establecer de forma adecuada el rapport.

¿Qué es el rapport? El rapport es el vinculo efectivo y afectivo por medio del cual puedo establecer un sintonía adecuada con el mapa de la otra persona.

El rapport es un ingrediente necesario para que una intervención de ayuda pueda resultar efectiva. No le creemos en quien no confiamos. El rapport en una forma de ganarse la confianza del otro.

Los elementos básicos en su esquema tradicional son:

Igualación:

La primera tarea que tenemos es crear confianza con la persona que tiene el padecimiento. Hemos de asegurar esta confianza durante el resto de nuestra intervención.

Conducción:

* Conducir es guiar.

* Es caminar junto con la persona hacia la búsqueda de sus objetivos, cuidando de mantener de forma permanente el vínculo creado con la igualación.

* Seguimos únicamente a las personas en quienes confiamos.

* La conducción podrá darse si la persona se siente aceptada, recibida en su mapa, acompañada en todos los niveles de su experiencia.

* Para poder conducir de forma efectiva a una persona hacia la solución de cualquier situación, deberemos mantener una sólida relación.

* Hay que fomentar la confianza mutua, tratando de pensar y sentir “como si fuéramos la otra persona”.

* Si en realidad establezco rapport con la otra persona, de alguna manera soy “como la otra persona” y sólo así puedo comprenderla.

Un componente adicional en relación a una buena comunicación es lo que conocemos como posiciones perceptuales, estas nos permiten ampliar el mapa de nuestra vida, en el caso de las adiciones, la persona puede “ver” lo que le ocurre desde diferentes perspectivas. Se conocen tres, sin embargo en México se ha ampliado a una 4ta posición, la cual contribuye de forma significativa al enriquecimiento de la visión de la persona en relación a lo que le pasa.

Las posiciones perceptuales para mejorar la comunicación.

1ra. Posición

Es ver el mundo desde nuestro propio mapa, desde nuestra perspectiva. Lo que el enfoque centrado en la persona denomina ver el mundo desde nuestros “zapatos”.

2da. Posición

Es asomarse al mundo desde la perspectiva de la otra persona. Se trata de hacer un -como si- yo fuera la otra persona. Se trata de ver el mundo desde los “zapatos del otro”.

3ra. Posición

Desde esta posición nos asomamos a una situación desde la perspectiva de un observador. Podemos imaginarnos que somos una cámara que de forma neutral reporta lo que ve y escucha de una determinada situación.

4ta. Posición

Esta posición nos permite asomarnos a esa situación específica desde la perspectiva de lo trascendente. Para el creyente será asomarse a determinada situación desde los ojos de Dios.

El lenguaje de precisión.

La precisión en la comunicación constituye un importante factor que contribuye en convertir un encuentro humano en factor de encuentro. El lenguaje humano, con una amplia gama de signos pretende transmitir lo que ocurre en la experiencia subjetiva y en el campo de las reflexiones de un sujeto, sin embargo en muchas ocasiones nos “perdemos” en las palabras, creemos que por el hecho de conocer la palabra conocemos también el significado que tiene esta palabra para la otra persona; surgiendo así un sin número de significados. He ahí su importancia, es una necesidad para hacer que nuestra comunicación resulte afectiva y pueda contribuir a que una relación se convierta en un medio de crecimiento y no solo en un encuentro de subjetividades que presumen que se entienden cuando no es así.

Dos componentes para entender la comunicación verbal:

Estructura superficial y estructura profunda del lenguaje

Por estructura superficial entendemos a la estructura lingüística que usamos en una comunidad humana específica. Son aquellas oraciones que presuponen una serie de eventos o datos que están omitidos o vagamente expresados en la misma. La estructura profunda cuenta con una representación de elementos de los diversos sistemas representacionales, que contienen la experiencia de la persona. Se encuentra íntimamente ligada con la representación sensorial que hacemos de la experiencia original. Aquí se encuentran las imágenes, sonidos, sensaciones kinestésicas, sabores y aromas de lo que recordamos de la experiencia original.

Por ello, cuando escuches una palabra, no supongas que la entiendes, pregunta: ¿como es eso? ¿Que significa eso para ti? ¿Podrías ponerme un ejemplo? ¿Podrías describírmelo a detalle?

El lenguaje de influencia.

Por otro lado, en el contexto de una relación de ayuda se requiere crear estados internos que provoquen cambios a nivel profundo y trabaje de forma preferente con el hemisferio derecho, en no racional, lugar donde se dice, anidan las emociones. El lenguaje tiene como finalidad, consciente o no, el influir a otras personas. Permanentemente deseamos que los demás piensen como nosotros, o que hagan lo que deseamos; esto lo hacemos por medio de nuestro lenguaje.

El lenguaje conocido como de influencia es un tipo de lenguaje que tiene como característica principal que es de tipo general, contrario al específico revisado en el Metamodelo. Con él se realizan intervenciones donde se influye a la mente inconsciente. Cuando este lenguaje es utilizado con maestría, se logran sorprendentes cambios en las personas, para comprender y entrenarse en su uso será de su importancia que recibas un entrenamiento detallado sobre como hacer uso de él.

Para trabajar una adicción desde los niveles Neurológicos.

Los niveles neurológicos constituyen un importante apartado que nos ofrece la PNL el cual requiere de una adecuada comprensión para sacra provecho de sus aportes. Comúnmente se cree que una adicción es solamente una conducta compulsiva, sin embargo eso es únicamente la manifestación externa de algo mas profundo. La adicción anida en la identidad y requiere por ello que sea transformado desde un nivel mayor, el de la identidad. Los niveles neurológicos nos permiten precisión en una intervención; conozcamos más sobre ellos:

El nivel de trascendencia.

La trascendencia es el nivel superior que transforma a los demás, para PNL no necesariamente se relaciona con Dios aunque lo incluye y afirma que cuando tenemos un cambio a este nivel cambian los demás niveles. Por ello, resulta sumamente importante el provocar un experiencia espiritual en las personas que acompañamos y en nosotros mismos, esto construirá el factor fundamental y seguro del cambio.

El poder superior, un activador de recursos desconocidos.

Quienes han experimentado la vivencia de una adicción saben que el proceso de recuperación no es nada fácil, de hecho decimos que la adicción de alguna forma siempre se encuentra viva, esperando cualquier tipo de descuido para apoderarse de la persona. Sabemos que existen personas que han logrado equilibrar su vida recurriendo a métodos de diversos tipos. Sin embargo es de todos sabido que la forma más efectiva de lograr la recuperación se encuentra en vincular y entregar nuestra vida a un poder superior; aún cuando no se es un creyente, es decir que, el simple hecho de hacer "como SI" existiera ese poder superior se accionan en nosotros un sin numero de recursos que anteriormente no habíamos experimentado en nuestra vida. Curiosamente, el dejar de poner el centro de la recuperación en nosotros, en nuestra voluntad y ponerla en manos de ese poder superior, provocamos que se activen un sin número de recursos que transforman nuestra identidad.

"Soltarse en las manos de nuestro poder superior" constituye el elemento central en el proceso de recuperación que nuestra adicción requiere.

Nivel de identidad.

La identidad es lo que nos hace ser quien somos, es un conjunto de acumulados existenciales que conforman un todo que conforman lo mas profundo de nuestras vidas. En ocasiones la identidad es descrita como una sensación, otras como esa parte profunda que conforma nuestro mas profundo yo; en ocasiones se le representa de mas efectiva por medio de una metáfora.

A lo largo de nuestra vida nos hemos identificado con un cuerpo, pero es claro que tenemos un cuerpo y sin embargo somos algo más, en ocasiones nos identificamos con una profesión o trabajo y sin embargo somos algo más, llegamos a pensar que somos aquello que tenemos en términos materiales y esa es una de las características que más nos empobrecen, pues ciertamente somos mucho más. Nuestra identidad se conforma por el acumulado de experiencias, positivas y negativas, influencias familiares, culturales, componentes genéticos y otros. Nuestra identidad, es eso que somos, que constituye un misterio, un misterio que poco a poco es conveniente ir descubriendo. De no hacerlo corremos el riesgo de ser rehenes de nuestra historia, convirtiéndonos en un objeto manipulable y carente de rumbo. Trabajar nuestra identidad requiere necesariamente del hecho de hacer contacto con nuestra historia. Inventariarla para aceptar lo que se tenga que aceptar para luego cambiarlo.

La importancia de inventariar nuestra vida.

Inventariar nuestra vida nos permite vernos de forma honesta, reencontrarnos con las diversas facetas de nuestra persona, buscando la profunda reconciliación con nosotros, haciendo vida la aseveración: * No es tan malo ser nosotros mismos. Volver la mirada hacia nuestro pasado, identificar aquello que me marco, aquello que me hizo falta, aquello que agredió mi identidad o bien que lastimo mi autoestima. Como dice la organización alcohólicos anónimos realizar un *inventario* que nos permite identificar aquellas acciones que nos causan vergüenza, aquellos daños que hicimos en la actividad de nuestra adicción, bien sea para enmendarlas o bien para perdonarnos a nosotros mismos librándonos de la culpa, quedándonos con el aprendizaje que esa experiencia nos dejo. Inventariar nuestra vida requiere de honestidad, de conciencia, asumiendo que no se es perfecto, que solo partiendo de una profunda autoaceptación nuestra historia podremos transformarla.

En ocasiones, nos encontramos con personas en proceso de recuperación que hacen girar su vida entorno a la culpa, se viven indignos, pareciera ser que la consigna es: siéntete basura, arremete contra tu autoestima, pues es la forma como podrás recuperarte. Personalmente creo que existe el camino del aprendizaje digno, que nos lleve a asumir nuestras miserias pero también a exaltar nuestras grandezas.

La re-improntación de experiencias negativas.

La re-improntación es una de las técnicas centrales en el aporte que realiza Programación neurolingüística, con ella se trabajan aspectos que impactaron la estructura psíquica, elementos que normalmente ocurrieron en la infancia. Consiste en viajar en un estado de trance hipnótico al pasado, ya en él se identifica cual es la creencia que ahí se creo, quienes son los participantes, así como cuales fueron los recursos que necesitaron los involucrados para que esa experiencia hubiese sido diferente. Se reconstruye la experiencia con los recursos que se necesitaron y se transforma el estado emocional que ahí se instalo, así como la creencia que se formo, a partir de ahí se viaja nuevamente hacia el presente dejando que la identidad haya sido transformada.

Una serie de pasos que únicamente son bosquejados (ver Montoya Vázquez M. A. & Sol Lorenzana C.E.)

Mi niño interior.

Para generar un cambio en nuestra identidad se requiere trabajemos con nuestras estructuras primarias. Nuestra vida ha experimentado quizá impactos emocionales que la fijaron en una etapa infantil.

Aunque nuestro cuerpo siguió creciendo, es una realidad psicológica de que dentro de nosotros habita un niño que requiere de nuestra atención.

Es muy probable que nuestra evolución emocional se detuviera. Por ello es de suma importancia el que entremos en contacto con ese niño y le atendamos. De no hacerlo saboteará nuestra vida adulta. Aspecto que puede abordarse con diversas meditaciones que nos permitan visualizar la heridas de nuestra estructura infantil, identificando la relación existente entre este componente y los rasgos de personalidad adictiva que ahí se generaron.

Uniando a nuestras figuras paternas.

La introyección adecuada de nuestras figuras paternas constituye un importante ingrediente para lograr una identidad saludable. PNL nos invita a que por medio de una imagen representemos a nuestra madre y posteriormente a nuestro padre, que esas imágenes se coloquen en nuestras manos, una en cada una, buscando que posteriormente dialoguen entre sí, se reconozcan ambos en sus intenciones positivas y que poco a poco se integren esas imágenes, generando una nueva que simbolice integración y renacimiento.

Nivel de creencias.

Las creencias que acompañan nuestra vida la influyen de tal manera que nos determinan a actuar de formas en ocasiones incomprensibles para muchos. ¿Qué es una creencia?.- Una creencia es una verdad subjetiva que normalmente ha sido implantada en nuestra vida por personas o grupos a los que les hemos dado algún tipo de poder sobre nuestra persona o bien se han instalado por herencia cultural o experiencias personales que la confirman. Muchas de nuestras creencias no tienen un sustento real. En PNL se trabaja con la técnica llamada "Cambio de Creencias Limitantes" la cual consiste, primeramente en identificar aquellas creencias que nos limitan a lograr los objetivos que nos hemos propuesto, una vez identificada una creencia se pasa por un proceso neurológico de duda, posteriormente se coloca en un espacio en el cual se reconoce que nosotros tenemos la capacidad de cambiar una creencia, posteriormente se busca una nueva creencia que la sustituya y se le pasa por un proceso de instalación congruente y total en el sistema neurológico, de tal forma que la nueva creencia adquiera la fuerza transformadora para alcanzar, en este caso la sobriedad.

Nivel de estrategias.

Las estrategias son los caminos que nuestra neurología sigue para lograr algo. Los humanos tenemos estrategias para todo lo que hacemos, de tal forma que tenemos estrategias para la salud y también para la enfermedad, lo grave del asunto es que normalmente nuestras estrategias son de tipo inconsciente, estar atentos a los procesos que realiza nuestra mente para obtener algo nos posibilita el apropiarnos de los pasos que nos conducen a determina objetivo.

En esta ocasión tendremos la oportunidad de conocer dos estrategias que apoyan nuestro proceso de recuperación.

Cambiando como mobius.

Por mobius se entiende a figura que no posible de realizar en la realidad.

No tienen ni un principio ni un fin y que solo pueden ser vistas de forma tridimensional. Con este tipo de ejercicio se busca impactar la mente inconciente desde un estado de trance hipnótico. En diversos tonos se les da voz a las partes en conflicto de un proceso de recuperación. Una de ellas desea dejar la actividad adictiva y la otra no. Se le influye guiando una meditación con las intenciones positivas, una saludable innovación que PNL nos ofrece para potencializar el cambio.

Estrategia del perdón.

En el ámbito de las estrategias una que sobresale es la de cómo saber perdonar, otorgar el perdón y perdonarnos. Sin embargo es común que se nos invite a hacerlo si que se nos explique el como. Para ello PNL ofrece el proceso que descrito en nuestros libros (Montoya Vázquez M. A. & Sol Lorenzana C.E.).

Nivel de conductas.

El nivel de las conductas nos muestra cual es nuestra forma de vivir. En las conductas se encuentran los resultados de lo que acontece en nuestro interior y son un reflejo de ese mundo interno.

Cambio conductual.

Para acercarnos a lo que deseamos debemos primeramente decidir lo que queremos, para poder hacerlo efectivo conviene que eso que deseamos sea algo que se encuentre bajo nuestro control, conviene sea descrito de con una terminología que sume, es decir que sea positiva. Es importante que lo que deseamos se vea reflejado en conductas que nos indiquen que se va avanzando.

Plan de vida.

En la fase conclusiva de un programa de recuperación resulta del todo conveniente el que se detalle un plan de vida que incluya aspectos relacionados con: 1) *lo físico*, 2) *lo social*, 3) *lo mental*, 4) *lo emocional*, 5) *lo espiritual*.

Alineación de los niveles neurológicos.

Para lograr mantenerse en sobriedad se requiere mantenerse alineado; estarlo significa mantener un adecuado nivel de congruencia entre la trascendencia (visión) y el resto de los niveles, hasta que esto tenga una manifestación conductual. Anteriores alineados en nuestra vida nos permite mantenernos en la ruta de la recuperación, le da nuevo sentido a nuestro que hacer diario.

Visualizando lo que deseas para tu vida, pregúntate si estas siendo la persona que deseas ser y que corresponde a la visión que deseas para tu vida, manteniendo esa visión pregúntate si tus creencias sobre ti y el mundo corresponden a lo que tú deseas. ¿Las estrategias que estas usando son las adecuadas para alcanzar eso en tu vida? Pregúntate sobre la forma como conductualmente estas viviendo. ¿Es adecuado?. Vivir alineado con nuestra visión es una forma congruente de comprometernos con lo que deseamos para nuestra vida. Solo de esta forma podemos lograr vivir en sobriedad.

REFERENCIAS

1. O' Connor Joseph y Seymour John "Introducción a la PNL" .Editorial URANO
2. Dilts Robert "Como Cambiar Creencias con PNL". Editorial Sirio
3. Connirae Andreas, Steve Andreas. "Corazón de la Mente". Editorial Cuatro Vientos
4. Montoya Vázquez Miguel Angel y Sol Lorenzana Carmen Elena "Autoestima. Estrategias para vivir mejor con técnicas de PNL y Desarrollo Humano". Editorial Pax.
5. Montoya Vázquez Miguel Angel y Sol Lorenzana Carmen Elena. Trascendencia Identidad y Amor. Un Enfoque Humanista para el tratamiento de las adicciones. Gobierno del Estado de Jalisco – Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco

ECOS INTERNACIONALES DE LAS ADICCIONES

Octavio Campollo ¹ y Humberto Nicolini ²

1 Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones. Antiguo Hospital Civil de Guadalajara. CUCS. Universidad de Guadalajara

2 Grupo Médico Carracci y Profesor de tiempo completo del Postgrado de Ciencias Genómicas de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México

69^o Congreso del College of problems on drug dependence (CPDD), 16-21 de junio, Quebec, Canada.

Este Congreso anual reúne a investigadores y especialistas en adicciones de todo el mundo contando este año con 1264 participantes de 45 diferentes países y territorios. Las principales áreas cubiertas son la investigación básica, clínica, epidemiológica, programas de tratamiento y revisiones teóricas. Entre muchas novedades de investigación básica y aplicada resalta la importancia que le están dando los norteamericanos a la preparación y capacitación de jóvenes investigadores en el campo de las adicciones a través de becas, financiamiento de proyectos y fondos para iniciar primeras investigaciones, entre otras cosas. Todo lo anterior organizado y coordinado por el Instituto Nacional de Drogas (NIDA) de EUA. Entre los tantos apoyos existentes están aquellos dirigidos a apoyar la participación en este tipo de Congresos. Cabe destacar los talleres para capacitar a investigadores jóvenes o sin experiencia, en el llenado de solicitudes para obtener apoyos financieros provenientes de NIDA. Dichos talleres son de un día y cuentan con la presencia de evaluadores, dictaminadores y directores de Programa de NIDA que están preparados para resolver cualquier pregunta o duda que tengan los futuros recipientes de apoyos. Aparte de todo lo anterior existe un programa de actividades sociales dirigidos principalmente para promover la convivencia y el establecimiento de lazos entre los investigadores de diversas organizaciones y países. Por otro lado hubo la oportunidad de conocer lo que están haciendo las principales instituciones canadienses en investigación como son el Centro de Adicciones y salud mental (CAMH) de Toronto, Ont. afiliado a la Universidad de Toronto y el Centro Dollard-Cormier de Montreal, Que. afiliado a la Universidad de Montreal, entre otros.

Pueden encontrar más información sobre CPDD en: <http://www.cpdd.vcu.edu/>

Sobre el CAMH en: <http://insite.camh.net/servicesandresources>

Sobre el Centre Dollard-Cormier en: www.centredollardcormier.qc.ca

Sobre el Canadian Centre on substance abuse: www.ccsa.ca

Sobre el grupo de investigación RISQ: www.risq-cirasst.umontreal.ca

Congreso de la Asociación “**National Hispanic Science Network, (NHSN)**”, del 25 al 29 de septiembre del 2007, en la ciudad de Miami, Florida en los Estados Unidos.

Propósito: Este grupo tiene como propósito el divulgar la ciencia en materia de abuso de drogas en la comunidad hispana de los Estados Unidos, así como fomentar lazos de unión entre colegas tanto de la América Latina y otros países hispano-parlantes.

Avances destacados.

Participaron destacados conferencistas como Tim Condon del Instituto de Abuso de drogas de los Estados Unidos (NIDA), Patricia Molina de Nueva Orleans. Recibió el premio como mejor investigadora del año la Dra. María Elena Medina Mora de México, otorgado por la junta directiva de NHSN.

Comentario: Fue un congreso muy heterogéneo pero que refleja claramente el estado de este fascinante campo del abuso de drogas. Con aportaciones muy interesantes en materia de aculturación, mecanismos básicos fisiológicos de la participación del estrés y el reto de buscar mejores soluciones en un mundo con ambientes que se modifican con gran rapidez. Una de las mesas redondas internacionales fue la que trató sobre “Aspectos de migración y asuntos fronterizos” enfocada particularmente a la frontera Estados Unidos-México, donde se inició con una reflexión sobre lo que es “la frontera”, la importancia estratégica, económica y social de la misma para los países involucrados, entre otras cosas. Asimismo se tocaron los temas relacionados con las adicciones como es la prevalencia de VIH y de hepatitis C, rutas de transmisión de dichas infecciones, redes de usuarios, violencia y drogas, pandillas, armas y drogas, efectos e influencia uni y bilaterales del problema de las drogas.

Pueden encontrar más información sobre NHSN en: <http://nhsn.med.miami.edu/x7.xml>

Congreso Europeo de la “**Society for Nicotine and Tobacco Research, (SNTR)**”, Asociación para la investigación de la Dependencia a la Nicotina y el Tabaco de Europa (SRNT) celebrado en Madrid España del 3 al 6 de Octubre del 2007.

Propósito: Divulgar las investigaciones mas recientes en materia del control y lucha en contra del uso, abuso y dependencia al tabaco y la nicotina. Principalmente participaron personalidades de Europa, sin embargo existió una participación tanto de los Estados Unidos como de la América Latina.

Avances destacados

Se presentaron los resultados de la aplicación de las políticas de la lucha contra el tabaco y la adicción a la nicotina, en diversos países de Europa, incluyendo Inglaterra. También se revisó la experiencia en Europa después del lanzamiento de la vareniclina. Participaron notables personalidades como J Foulds de los Estados Unidos, J Fargestrom de Suecia (Creador del instrumento mas empleado para evaluar la dependencia a la nicotina. Así como la nominación del siguiente presidente el Dr. Marcus Munafó de Inglaterra.

Comentario: Fue un congreso pequeño en cuanto a audiencia pero con información muy valiosa, sobre todo anticipando los posibles escenarios que tendremos en la América Latina en los años por venir.

Congreso de la “**Internacional Society for Psychiatric Genetics (ISPG)**”, Anual Internacional sobre Psiquiatría y Genética celebrado en la ciudad de New York del 7 al 11 de Octubre del 2007.

Propósito: Reunir a los especialistas y revisar los avances en la investigación en el estudio de la herencia y la genómica de las enfermedades psiquiátricas.

Avances destacados

En este año se presentaron avances muy importantes en cuanto a los estudios de tamizaje de todo el genoma para varias enfermedades como el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el autismo y el tabaquismo. Participaron notables personalidades como el premio Nobel James Watson y el director del proyecto del genoma humano Francis Collins, entre otras destacadas personalidades.

Comentario: Fue un congreso de estupendo nivel científico, aunque muy enfocado a los avances en materia de investigación con muy pequeña cantidad de tiempo dedicada a la enseñanza. Sin embargo, los avances presentados sin lugar a duda ponen a la genética como un área que dará todavía grandes avances en materia de adicciones y psicopatología

NOTICIAS DEL CENTRO DE ESTUDIOS DE ALCOHOLISMO Y ADICCIONES (CEAA)

CLÍNICA PARA DEJAR DE FUMAR

El 28 de mayo de 2007 el Director del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez inauguró la Clínica para dejar de fumar en dicho Hospital. Dicha Clínica es la primera en su tipo en el occidente del país ya que esta ubicada en una institución médica de alta especialidad como lo es el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, contando por ello con el apoyo de prácticamente todas las especialidades médicas y psicológicas y los recursos de laboratorio y gabinete disponibles. Dicha clínica esta conformada por médicos, especialista en salud pública, psicólogos, neumólogos, nutriólogos, pediatras de la adolescencia y otros profesionales.

TRAVEL GRANTS (Becas de viaje)

Uno de los colaboradores del CEAA, el Dr. Alfonso Gutiérrez obtuvo este año dos Travel grants otorgados por el National Institute of Drug Abuse (NIDA) y por la National Hispanic research network (NHSNDA) para asistir al Foro Internacional del NIDA y al Congreso de la Red de investigación Hispánica respectivamente. El primero fue en Québec Canadá y el segundo en Miami. El Dr. Gutiérrez Padilla presentó trabajos de investigación en recién nacidos y del programa de asistencia social del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara.

MISION MEXICO CANADA

El Dr. Octavio Campollo obtuvo un apoyo parcial de la Secretaría de Relaciones Exteriores y del Gobierno de Canadá para asistir y presentar varios trabajos de investigación del CEAA en el Congreso del College of problems on drug dependence (CPDD) que se llevó a cabo en Québec, Canadá en junio de 2007.

INSTITUTO DE VERANO DEL CENTRO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (CAMH), Universidad de Toronto, Canadá

El mismo Dr. Campollo, Director del CEAA fue invitado a participar como Profesor visitante al Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH) de Toronto para impartir el módulo de "El problema de las drogas desde la perspectiva internacional" del curso "Construcción de la capacidad de investigación internacional para estudiar el fenómeno de las drogas en Latinoamérica para profesionales de la salud". El curso es organizado en forma conjunta por el Centro de Adicciones y salud Mental (CAMH), Universidad de Toronto, Canadá y la Comisión interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Dicho curso constó de 6 módulos que se llevaron a cabo de junio a agosto de 2007. La evaluación de la participación del Dr. Campollo por parte de los alumnos fue de "excelente" y mereció una carta de recomendación de los organizadores del curso.

MESA REDONDA DE MIGRACIÓN Y ASUNTOS FRONTERIZOS

El Dr. Octavio Campollo Director del CEAA, fue invitado por el Comité organizador del 7ª Congreso anual de la Red Hispánica de investigación en Adicciones (NHSNDA) celebrado en Miami en septiembre de 2007, a presidir la mesa de discusión junto con el Dr Bill Vega de UCLA sobre Migración, donde estuvieron presentes reconocidos investigadores internacionales tales como la Dra. María Elena Medina Mora de México y el Dr Avelardo Valdez de Houston, aparte del Presidente del Comité internacional de la NHSNDA, Antonio Cepeda Benito, quienes participaron activamente en la mesa.

ANUARIO DE INVESTIGACIÓN EN ADICCIONES EN LA RED DE BIBLIOTECAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Gracias al apoyo del Maestro Gabriel Torres, Vicerector de la Universidad de Guadalajara y de la Dra. Sonia Reynaga, Coordinadora de Posgrado e Investigación, esta Revista se encuentra también disponible en las 165 bibliotecas de la red universitaria de esta Universidad en todo el estado de Jalisco.

ANUARIO DE INVESTIGACIÓN EN ADICCIONES A TEXTO COMPLETO EN LA WEB.

Este Anuario ya se encuentra nuevamente disponible en la web a texto completo en el sitio:

http://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario_investigacion_adicciones/index.htm del CUCS de la Universidad de Guadalajara. Todos los volúmenes pueden consultarse gratuitamente a texto completo.

NORMA OFICIAL MEXICANA PARA EL MANEJO DE LAS ADICCIONES

A partir de la publicación de la propuesta de modificación de Norma Oficial Mexicana para el manejo de las Adicciones (NOM 028-SSaA2-1999) publicada el día 31 de julio de 2006, este Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones hizo varias propuestas para la modificación que fueron enviadas al Comité consultivo nacional de Normalización de Prevención y control de enfermedades con fecha 26 de septiembre de 2006. Dentro de la "Respuesta a los comentarios recibidos" se aceptaron e incluyeron 3 de las propuestas enviadas según aparece en el Diario Oficial de la Federación publicado el día 7 de junio de 2007. Dichas propuestas serán incorporadas en la NOM para la Prevención, tratamiento y control de las Adicciones para el bien de la población que sufre de esta enfermedad.

APOYOS A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Durante este año de 2007 se obtuvo un apoyo económico del CONACYT y de la Universidad de Guadalajara para el proyecto de Investigación: Hepatitis B, hepatitis C y VIH en pacientes adictos.

CUERPO ACADEMICO UNIVERSITARIO

El Cuerpo Académico del Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones, "*Consecuencias, manejo y prevención de las Adicciones*", se reestructuró y cuenta con un nuevo miembro, el Dr. Juan Luis Soto Mancilla, quien también se incorporó al Comité Editorial de esta revista. El Dr. Soto Mancilla trabajará las líneas de investigación "Efecto de las adicciones en el periodo perinatal y daño en la infancia" y "Mecanismos neuroconductuales de las adicciones".

ALUMNOS DE POSGRADO

Durante 2007 se incorporaron al CEAA una alumna de posgrado, Mary Carmen Gamiño, quien lleva el curso propedéutico para la Maestría en Neurociencias y un asistente de investigación, Dr. Cesar Alvarez González, especialista en Medicina Interna y Neurología, aparte del Dr. Gabriel Hernández quien cursa estudios de Doctorado en Biología Molecular en Medicina en nuestra Universidad

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

El *Anuario de Investigación en Adicciones* órgano oficial del Centro de Estudios de Alcoholismo y Adicciones del Centro Universitario de Ciencias de la salud de la Universidad de Guadalajara, México, ofrece consideración editorial a todo artículo enviado que contenga material de investigación original y que no haya sido publicado o esté bajo consideración editorial en su totalidad o en su parte esencial en ningún otro medio de publicación en papel o electrónico.

Los manuscritos en español o en inglés deben de ser enviados al Editor a la siguiente dirección: Calle Hospital #320, en el tercer piso de la Antigua Escuela de Medicina, Col. El Retiro, C.P 44280 Guadalajara Jalisco Méx., Teléfono y Fax: (33) 11 99 49 23 y (33) 10 58 74 20 o a la dirección electrónica calcohol@cucs.udg.mx.

La versión en español también se publica en Internet en

http://www.cucs.udg.mx/avisos/anuario_investigacion_adicciones/index.htm y en forma de compendio en CD-ROM.

El Anuario publica los siguientes tipos de manuscritos: 1) Editoriales, 2) Artículos originales, 3) Reportes breves, 4) Artículos de revisión, 5) Resúmenes del Foro de Investigación en Adicciones, 6) Cartas al Editor, 7) Artículos especiales, 8) Vinculación, sitios de interés y, anuncios de eventos.

En todos los casos deberá de enviarse un original y dos copias del manuscrito y las figuras deberán enviarse en original por triplicado. Los manuscritos deberán estar escritos a doble renglón, con letra tamaño 12 y numerados en la parte inferior de cada hoja, incluyendo la del título. Todos los manuscritos deberán de enviarse acompañados de un diskette de 3.5 pulgadas o CD-ROM que contenga la versión original en Microsoft Word y las figuras en archivos independientes TIF o Power Point (Favor de NO incluir las tablas o figuras dentro del texto del artículo ni en el archivo del manuscrito). Todos los artículos excepto los que son solicitados por la revista deberán de ir acompañados de una carta frontal con la firma de todos los autores en la que aprueban la versión final del escrito y su envío al *Anuario de Investigación en Adicciones*. Asimismo ya que el *Anuario de Investigación en Adicciones* esta registrado en el Instituto Nacional del derecho de autor a nombre de la Universidad de Guadalajara, que es una institución educativa pública no lucrativa, se debe anotar que el(los) autores ceden sus derechos de autor a la revista. No obstante, los autores conservan el derecho no exclusivo de usar parte o la totalidad del artículo en trabajos futuros dando el crédito respectivo al *Anuario de Investigación en Adicciones*. El autor principal es responsable de incluir en la lista de autores a todos aquellos que hayan colaborado en forma sustancial a la realización del trabajo.

Artículos Originales: Son artículos destinados a informar sobre resultados de investigación original en el área de ciencias de la salud, incluyendo investigación clínica, básica, aplicada y epidemiológica

Enviar en el siguiente orden:

- 1) Título, autores, adscripción de los autores y autor correspondiente con dirección, teléfono, fax y dirección electrónica. Toda la comunicación entre los editores y los autores se hará por fax o por e- mail.
- 2) Resumen en español (incluir al final cinco palabras claves).
- 3) Resumen en inglés incluyendo el título.
- 4) Introducción.
- 5) Material y métodos.
- 6) Resultados.
- 7) Discusión.
- 8) Agradecimientos.
- 9) Referencias bibliográficas.
- 10) Tablas.
- 11) Figuras.

Nota.- se rechazarán los manuscritos que no cumplan los requisitos anteriores.

Página del Título

Incluye: a) Título en español o inglés, máximo de 15 palabras, b) nombre(s) de los autores en el orden en que se publicarán, anotan los apellidos paterno y materno, aparecerán enlazados

con un guión corto, c) créditos de cada uno de los autores, d) institución(es) donde se realizó el trabajo y e) domicilio completo, teléfono, fax y dirección electrónica del autor responsable.

Resumen

Extensión máxima de 200 palabras.

Palabras clave en español y en inglés, sin abreviaturas; mínimo tres y máximo de seis.

Referencias

Se identifican en el texto con números arábigos y en orden progresivo de acuerdo a la secuencia en que aparecen en el texto.

Se debe seguir el formato intencional para referencias: Apellido del autor, Iniciales del autor, título del artículo o capítulo de libro, revista, año, volumen, páginas.

Ejemplo: Sherlock S. Hepatopatía alcohólica. *The Lancet* (Ed. Esp)1995; 345:227- 229

El título de las revistas periódicas debe ser abreviado de acuerdo al Index Medicus (se publica anualmente en el mes de enero en el Index Medicus). Se debe contar con información completa de cada referencia, que incluye: título del artículo, título de la revista abreviado, año, volumen y páginas inicial y final. Cuando se trata de más de seis autores, deben enlistarse los seis primeros y agregar la abreviatura "et al".

Libros, anotar edición cuando no sea la primera (ejemplo):

Myerowitz PD. Herat transplantation. New York: Futura Publishing; 1987.

En caso de capítulo de libro debe mencionarse los editores, título general de la obra, lugar de publicación, editorial, año y páginas.

Ejemplo: Tavill AS. Protein metabolism and the liver. En: Wright, Alberti KGMM, Karran S, et al. *Liver and biliary disease*. London: Saunders, 1985:87-113.

Nota.- No introducir sangrías ni diferentes estilos de letras en el texto de las referencias.

Tablas y Figuras

Se solicita que las Tablas y Figuras sean enviadas **por separado** del texto del manuscrito v.gr. en un archivo(s) independiente(s). Deben ir numeradas en forma consecutiva de acuerdo al orden de aparición de las Tablas o Figuras respectivamente Ejemplo: Tabla 1, Figura 1, en orden de aparición. Deben llevar un título que no debe aparecer directamente en la Tabla o Figura y deben de acompañarse en forma independiente de un pie de figura o tabla o nota explicativa que permita entender el contenido sin tener que leer todo el texto del artículo. El formato puede ser en Microsoft Word o en Power Point.

CONTENIDO

- **LAS ADICCIONES EN CANADA. Editorial (pag. 4-5)**

Dr. Octavio Campollo Rivas

ARTICULOS ORIGINALES

- **ILLICIT DRUG USER IN CANADA: A GENERAL STATISTICAL OVERVIEW (pag. 6-17)**

Serge Brochu, Benoit Lasnier, Mylène Orsi.

- **EXPLORACION DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES RURALES. (pag.18-26)**

Everardo Legaspi Escobedo, Felipe Saucedo Ibarra, Carolina Galarza, J. Félix Valdez Ruiz, Kalina I. Martínez Martínez

- **CARACTERISTICAS DE UNA POBLACION DE ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO SU PRIMER CONTACTO CON SUSTANCIAS ADICTIVAS. (pag.27-34).**

María del Carmen González Torres, Adriana de J. Ascencio Cervantes, Antonio Luévanos Velázquez

- **HUMO DE SEGUNDA MANO EN JOVENES: ¿PUEDE EL ACTIVISMO AMBIENTALISTA SER LA SOLUCION PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LOS NO FUMADORES EN JALISCO? (pag.35-45)**

Ana I. Ramírez Quintana-Carr, Ma. Magdalena Romo Reyes, Gabriela Zavala García, Rosa E. Arellano Montoya, Lourdes Nuño Rodríguez

- **THE CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (CAMH) IN CANADA (pag.46-48).**

Akwatu Khenti

- **EXPERIENCIA DE INVESTIGACION (pag.49-55).**

Octavio Campollo Rivas, Enrique García Ibarra

- **ARTICULO DE REVISION. (pag.56-64).**

EXPOSICION INTRAUTERINA A DROGAS Y ACTIVIDAD ELECTRICA CEREBRAL

Andrés A. González-Garrido, Graciela Jiménez Almaraz

- **MODALIDADES DE TRATAMIENTO (pag.65-75).**

PROGRAMACION NEUROLINGÜISTICA Y AUTOESTIMA EN EL TRABAJO CON LAS ADICCIONES

Miguel Angel Montoya Vázquez

- **ECOS INTERNACIONALES DE LAS ADICCIONES (pag.76-77).**

Octavio Campollo Rivas, Humberto Nicolini

- **NOTICIAS. (pag.78-79).**

- **INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES (80-81)**