

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Consumo de alcohol y tabaco en adolescentes: Análisis de las sesiones informativas de la asociación civil "CIJ GAM Oriente" en el nivel básico escolar - secundaria, una mirada desde la promoción de la salud

**TRABAJO RECEPCIONAL. TESINA QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD**

PRESENTA

Eschman Esaú Rivas Sánchez

Director del Trabajo recepcional. Tesina

Dr. Óscar González Gómez

Ciudad de México, abril 2026.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos

Dedico este trabajo de titulación a Dios, por ser mi fuente de guía y fortaleza en cada decisión que tomo. Le agradezco por brindarme la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar este proceso, el cual representa uno de los logros más anhelados en mi vida.

A mis padres, María de Jesús Sánchez y Ricardo Rivas, por su amor, sacrificio y esfuerzo, que han hecho posible que hoy esté cumpliendo este sueño. Su ejemplo, enseñanza y dedicación han sido fundamentales en mi formación, permitiéndome llegar hasta donde me encuentro hoy. No existen palabras suficientes para expresar mi profundo agradecimiento, amor y orgullo hacia ustedes.

A mi hermano Uriel Rivas, por su apoyo constante y por compartir conmigo el deseo de superación y bienestar. Juntos hemos buscado crecer y salir adelante, siempre procurando el bien de nuestra familia.

A todos mis seres queridos que, aunque no son mencionados de manera directa, han formado parte importante de mi vida. Su compañía y convivencia han contribuido significativamente en mi desarrollo personal y en la formación de mi carácter.

De manera especial, agradezco a mis profesores Dr. Óscar González, Dra. María Eugenia Covarrubias, Mtra. Joyce Rivera y Mtra. Natividad Almanza, quienes, con su acompañamiento, orientación y enseñanzas, hicieron posible la realización de este trabajo. Este logro es también resultado de su dedicación, por lo que les expreso mi más sincero agradecimiento por el tiempo y el compromiso brindados durante este proceso de investigación.

Finalmente, a la UACM, por ser la casa de estudios que me abrió sus puertas y me brindó múltiples oportunidades de aprendizaje, crecimiento y desarrollo personal. Agradezco no solo los conocimientos adquiridos, sino también las experiencias, los valores y las relaciones que contribuyeron a mi formación integral, así como a todas las personas que hacen posible su funcionamiento.

Índice

1. Introducción.....	1
Pregunta de investigación.....	3
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos	4
Justificación	5
Planteamiento del problema	16
Metodología	21
2. Marco teórico.....	23
2.1. ¿Qué son las adicciones?.....	23
2.1.1. Fases del proceso adictivo	26
2.1.2. Sustancias psicoactivas en nuestra sociedad.....	29
2.1.3. Clasificación de las drogas (legales e ilegales).	31
2.2. ¿De qué manera pueden impactar las drogas en la adolescencia?.....	33
2.2.1. Desarrollo físico durante la adolescencia	35
2.2.2. Características del desarrollo psicosocial en la adolescencia	37
2.3. Tabaco	41
2.3.1. Factores de riesgo del inicio del consumo de tabaco en la adolescencia	43
2.3.2. Edad de inicio del consumo de tabaco en nuestra sociedad	51
2.3.3. Efectos del consumo en el cuerpo.....	55
2.3.4. Consecuencias (físicas, biológicas y sociales) del consumo del tabaco	57
2.4. Alcohol	59

2.4.1. Factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol en la adolescencia.....	62
2.4.2. Edad de inicio del consumo del alcohol en México.....	66
2.4.3. Efectos del consumo en la adolescencia	70
2.4.4. Consecuencias del consumo de alcohol.....	73
2.5. Centros de Integración Juvenil. Historia, filosofía y valores de la asociación civil, ¿Cómo han atendido las adicciones?	75
2.5.1. Modelo de intervención en adicciones de CIJ, actividades que desempeña con adolescentes del nivel básico secundaria y comunidad en general.....	81
2.6. ¿Qué es Promoción de la Salud?	85
2.6.1. Carta de Ottawa / Conceptos y modelos de Promoción de la Salud.....	91
2.6.2. ¿Cómo se ha atendido desde los diversos modelos de Promoción de la Salud las adicciones?	96
3. Análisis y contraste entre ambos modelos, recomendaciones ante las sesiones informativas en logística y operatividad.....	102
4. Conclusiones.....	123
5. Referencias	131

1. Introducción

El consumo de alcohol y tabaco en adolescentes es una problemática que representa la inquietud de la salud pública (sp) en México, hasta la actualidad los estudios y encuestas han reflejado que el uso de estas sustancias se han mantenido con el paso de los años a pesar de los esfuerzos y acciones que diversas instituciones han implementado, lamentablemente esta ingesta se ha mantenido e iniciado en edades cada vez más tempranas desarrollando una serie de problemáticas sociales, familiares, laborales, físicas, económicas que afectan considerablemente al adolescente y a su familia.

La adolescencia se reconoce como un periodo clave y especialmente vulnerable dentro del desarrollo humano, pues se caracteriza por expresar profundos cambios emocionales, físicos, y sociales que, aunado a factores como malas influencias por parte de amigos, figuras públicas, parejas sentimentales e incluso familiares, propician el escenario perfecto para el uso de sustancias nocivas como lo son el alcohol y tabaco.

Ante este escenario es primordial involucrar un campo de estudio que sume esfuerzos para la disminución de esta problemática, entre ellas se encuentra la Promoción de la Salud (PS), entendida como un enfoque central en la (sp) que busca potenciar las capacidades individuales y colectivas, con el fin de mejorar el bienestar y el control sobre los factores que influyen en la salud.

Este modelo reconoce que los comportamientos y riesgos asociados, como la ingesta de bebidas alcohólicas y cigarrillos en la adolescencia, no surgen de manera aislada, sino dentro de contextos sociales, escolares, familiares y comunitarios que los moldean. En este sentido, la PS propone estrategias educativas, preventivas y participativas que permiten no solo informar, sino también desarrollar habilidades y condiciones que favorezcan decisiones saludables.

Como se mencionó, este trabajo no se limita únicamente a informar, sino que, a través de su fortalecimiento en el modelo presentado por la institución, busca generar cambios significativos en las actitudes, comportamientos, que logren el

desarrollo de un pensamiento crítico que permita toma de decisiones más responsables e informadas.

Esto se pudo observar a lo largo del trabajo, cuyo objetivo fue analizar y comparar el modelo de Promoción de la Salud utilizado por el Centro de Integración Juvenil (CIJ) GAM Oriente —el cual orienta su forma de intervención— con otros modelos de promoción de la salud previamente empleados para prevenir el consumo de etanol y cigarrillos en adolescentes. El análisis y la comparación de estos modelos permitieron identificar información relevante que contribuirá a fortalecer las acciones del Centro, particularmente en la mejora de la eficacia de las sesiones informativas que la institución imparte en las escuelas cercanas.

La investigación está estructurada en seis capítulos, el primero aborda el tema de las adicciones, incluyendo las fases del proceso adictivo, las sustancias psicoactivas (spa) existentes y la clasificación de las drogas en diversos ámbitos. El segundo capítulo analiza la manera en que estas pueden impactar en la adolescencia, tanto a nivel físico, como psicosocial.

El tercero habla del tabaco y en él se incluyen los factores de riesgo (fr) que inciden para el inicio de su consumo en la adolescencia, además de la edad de inicio en nuestra sociedad, los efectos del consumo en el cuerpo, para finalizar con las consecuencias físicas, biológicas y sociales de su consumo.

El cuarto capítulo aborda el tema del alcohol, los fr que influyen en el inicio de su consumo durante la adolescencia, la edad en que generalmente comienza en México, además de sus efectos y repercusiones.

El capítulo quinto integra al CIJ, historia, filosofía y valores que rigen a la asociación, posteriormente se describen los métodos y estrategias que utilizan para atender el problema de las adicciones, también se expone el modelo de intervención empleado, incluyendo las acciones que se desarrollan con este grupo poblacional, tanto en el ámbito escolar como en el comunitario.

En el sexto capítulo se trata la PS, comenzando con sus bases teóricas y prácticas desarrolladas por Henry Sigerist; luego, se analiza la Conferencia

Internacional de Promoción de la Salud, donde se estableció su marco de referencia; finalmente, se presentan sus distintos modelos (popular, higienista/preventivo, epidemiológico social y emancipatorio) los cuales no es que operen en contextos diferentes, sino que cada uno interpreta la realidad de manera distinta, y a partir de ella, desarrolla sus propios conceptos, propuestas teóricas y metodológicas.

A continuación, se presenta una comparación entre los modelos que la PS ha implementado para el abordaje de estos temas, y el modelo que aplican los CIJ en sus sesiones informativas. Asimismo, se incluyen recomendaciones basadas en mi experiencia durante el servicio social, específicamente en la conducción de dichas sesiones, las cuales pueden resultar de gran utilidad para fortalecer su implementación y mejorar su funcionamiento.

Posteriormente, se presenta la conclusión del trabajo, donde se señalan las estrategias del modelo de PS que fueron incorporadas y aquellas que no. Se describe, modelo por modelo, cuáles son los puntos contemplados y cuáles quedan fuera, diferenciando claramente cada uno de ellos. Esto se realiza con el propósito de que el Centro identifique con precisión las estrategias que coinciden con su modelo de intervención y las que no forman parte de él. Finalmente, se incluyen las fuentes consultadas que respaldan la información presentada a lo largo del estudio.

Son numerosos los trabajos que se han realizado hasta el momento para explicar la ingesta de bebidas alcohólicas y el hábito tabáquico en la población adolescente; este trabajo por su parte, busca con sus resultados fortalecer las dinámicas establecidas por dicha institución, pues el conocer e investigar más modelos de intervención desde la PS permite sumar esfuerzos para combatir esta problemática relevante de sp en el contexto mexicano.

Pregunta de investigación

¿Qué aportes se le pueden agregar desde Promoción de la Salud al modelo utilizado por el Centro de Integración Juvenil GAM Oriente, en las sesiones

informativas sobre el consumo de alcohol y tabaco dirigidas a adolescentes de 12 a 14 años, a través de la comparación con otros modelos aplicados en contextos similares, con el objetivo de prevenir estas conductas en adolescentes de la colonia San Juan de Aragón VII sección?

Objetivo general

Analizar el modelo de Promoción de la Salud utilizado por el Centro de Integración Juvenil GAM Oriente en las sesiones informativas sobre el consumo de alcohol y tabaco dirigidas a adolescentes de 12 a 14 años de educación secundaria, comparándolo con otros modelos aplicados en este ámbito. A partir de esta comparación, identificar estrategias útiles de dichos modelos que puedan incorporarse, para fortalecer y hacer más eficaces las sesiones informativas del CIJ, contribuyendo así a enfrentar la problemática del consumo en los adolescentes de la colonia San Juan de Aragón VII sección.

Objetivos específicos

- Investigar qué son las adicciones y especificar la manera en que impactan en la etapa de la adolescencia.
- Investigar qué es el alcohol y tabaco, cuáles son los factores que inciden en su consumo temprano, y analizar los daños y efectos que generan durante la etapa de desarrollo.
- Describir las características del modelo de Promoción de la Salud utilizado por el Centro de Integración Juvenil GAM Oriente, en las sesiones informativas sobre el consumo de alcohol y tabaco.
- Comparar el modelo de Promoción de la Salud de la institución, con otros modelos aplicados en este ámbito, con el propósito de determinar aquellas estrategias que requieren formularse, añadirse o eliminarse para la eficacia de las sesiones.

- Proponer recomendaciones y alternativas que mejoren el modelo actual del Centro, con base en el análisis comparativo y considerando las necesidades específicas de la colonia San Juan de Aragón VII sección.

Justificación

En la actualidad, la ingesta de sustancias psicoactivas, tanto de carácter lícito como ilícito, constituyen un desafío relevante para la salud pública, los datos estadísticos indican que el inicio de su uso suele ocurrir durante la adolescencia, una etapa especialmente vulnerable al desarrollo de hábitos de riesgo.

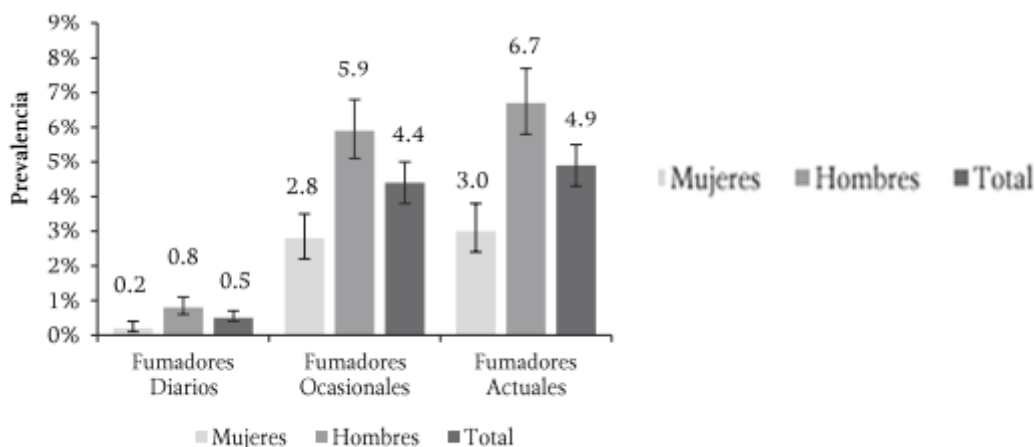
Asimismo, se puede pensar que esta problemática se intensifica en contextos caracterizados por mayores desigualdades socioeconómicas, lo que podría explicar que, aunque a nivel mundial ha aumentado el número total de personas consumidoras, las tendencias de consumo varían de manera significativa según la región y el tipo de sustancia utilizada.

Para analizar cómo se presenta esta problemática en nuestra región y contexto, a continuación, se expondrán los resultados de diversas encuestas realizadas por distintas instituciones a lo largo de los años; el propósito es observar y comprender el comportamiento de los datos con el paso del tiempo. Para ello, se iniciará con la categoría correspondiente al uso de tabaco.

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016), el 4.9% de las personas de entre 12 y 17 años eran fumadores activos de tabaco, lo que representaba aproximadamente a 684 mil adolescentes en México. De ellos, el 3.0% correspondía a mujeres y el 6.7% a hombres, tal como se muestra en la figura siguiente:

Figura 1

Fumadores en población de 12 a 17 años de edad. ENCODAT 2016-2017



Nota: La figura muestra la proporción de adolescentes de 12 a 17 años que fumaban durante el periodo del estudio, diferenciados por sexo y el total. Datos tomados de: (INPRFM, INSP, CONADIC, SSA, 2017).

Por su parte, la misma población, pero en relación al uso de sustancias alcohólicas muestra que, en la categoría "alguna vez" se presentaba un 42.9% en 2011 y un 39.8% en 2016; los datos se intensifican al mostrar la categoría "consumo excesivo en el último mes" ya que de 4.3% que presentó en 2011, se elevó a 8.3% en 2016; en relación al "consumo diario", este aumentó más de 8 veces, ya que estando en 0.2% en 2011, pasó a 2.6% en 2016, tal y como se muestran en la siguiente gráfica:

Figura 2

Uso de bebidas etílicas en población de 10 a 19 años de edad. ENCODAT 2016-2017.

Total	2011		2016	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Alguna vez	42.9	40.275-45.472	39.8	38.302-41.339
Último año	30.0	27.528-32.390	28.0	26.587-29.398
Último mes	14.5	12.955-16.095	16.1	14.936-17.270
Consumo excesivo último año	12.1	10.471-13.712	15.2*	14.029-16.365
Consumo excesivo último mes	4.3	3.288-5.223	8.3*	7.334-9.228
Consumo diario	0.2	0.016-0.383	2.6*	2.116-3.072
Consuetudinarios	1.0	0.626-1.416	4.1*	3.480-4.814
Hombres				
Alguna vez	46.0	42.615-49.352	41.7	39.664-43.723
Último año	31.8	28.366-35.224	28.8	26.934-30.625
Último mes	17.4	14.800-19.936	16.8	15.281-18.364
Consumo excesivo último año	15.5	12.820-18.119	15.5	14.004-16.999
Consumo excesivo último mes	6.3	4.529-8.032	8.9	7.666-10.078
Consumo diario	0.4	0.001-0.705	2.5*	2.007-3.039
Consuetudinarios	1.7	0.922-2.404	4.4*	3.413-5.374
Mujeres				
Alguna vez	39.7	36.207-43.153	37.9	35.718-40.092
Último año	28.1	24.790-31.357	27.2	25.091-29.284
Último mes	11.6	9.612-13.599	15.4	13.569-17.165
Consumo excesivo último año	8.6	6.940-10.307	14.9*	13.147-16.624
Consumo excesivo último mes	2.2	1.309-3.043	7.7*	6.195-9.160
Consumo diario	***	---	2.7	1.857-3.477
Consuetudinarios	0.4	0.118-0.605	3.9*	2.971-4.819

Nota: La figura muestra la tendencia de la ingesta de alcohol en adolescentes de 12 a 17 años durante 2011 y 2016, diferenciada por género y tipo de consumo. Datos tomados de: (INPRFM, INSP, CONADIC, SSA, 2017).

En datos mostrados por la ENSANUT 2021, se señala que entre la población adolescente (10 a 19 años) a nivel nacional, la ingesta de tabaco actual era de 4.6%, entre los cuales 7.5% correspondían a hombres y 1.6% a mujeres, cabe señalar que, en la misma encuesta existe una categoría de 4.4% que corresponde a adolescentes que fumaron en el pasado y actualmente ya no lo hacen, de los cuales 5.0% eran hombres y 3.8% mujeres.

El último dato de la tabla menciona un apartado sobresaliente que puede pasar desapercibido pero que va en aumento, la prevalencia de uso de cigarrillos electrónicos, que se sitúa en 1.8%, es decir 392 591 adolescentes entre los cuales 2.4% eran hombres y 1.8% mujeres. Para mayor detalle se muestra la siguiente tabla de ENSANUT:

Figura 3

Fumadores en población de 10 a 19 años de edad. ENSANUT 2021.

	Hombre			Mujer			Total		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Fumador actual	827.5	7.5	5,6,9,9	168.6	1.6	0,9,2,7	996.1	4.6	3,5,5,9
Fumador diario	257.8	2.3	1,3,4,1	19.1	0.2	0,1,0,5	277.0	1.3	0,7,2,2
Fumador ocasional	569.7	5.2	3,7,7,0	149.5	1.4	0,8,2,5	719.1	3.3	2,5,4,3
Exfumador	553.5	5.0	4,0,6,3	405.0	3.8	2,4,5,8	958.5	4.4	3,5,5,5
Exfumador diario	62.8	0.6	0,4,0,9	22.6	0.2	0,1,0,5	85.4	0.4	0,3,0,6
Exfumador ocasional	490.7	4.4	3,4,5,7	382.4	3.6	2,2,5,6	873.1	4.0	3,1,5,1
Nunca fumador	9 710.8	87.6	85,1,89,7	10 194.3	94.7	92,7,96,2	19 905.1	91.1	89,5,92,4
Cigarro electrónico	269.4	2.4	1,5,4,0	123.2	1.1	0,7,1,8	392.6	1.8	1,2,2,6

Nota: La figura muestra los tipos de consumo reportados en personas de 10 a 19 años, desglosados por género y el total combinado. Datos tomados de: (Shamah et al., 2022).

Con respecto a la ingesta de alcohol en ese mismo grupo de personas, este se mantenía en 21.1%, es decir 4 673 906 personas, siendo mayor en hombres con 24.3% y 17.9% en mujeres. En la categoría "consumo con frecuencia mensual" este mostraba un 8.0% en donde 9.0% correspondía a hombres y 7.0% a mujeres.

3.5% reportaron un "consumo excesivo con frecuencia mensual" con 4.3% en hombres y 2.7% mujeres; por último, un 5.5% de la población de entre 10 y 19 años informó haber consumido alcohol en exceso al menos una vez durante los 30 días anteriores. Para mayores datos se muestra la siguiente tabla de ENSANUT:

Figura 4

Uso de bebidas etílicas en población de 10 a 19 años de edad. ENSANUT 2021.

	Hombre			Mujer			Total		
	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%	N(miles)	%	IC95%
Consumo actual de alcohol	2 726.1	24.3	21.8,27.1	1 947.8	17.9	15.5,20.5	4 673.9	21.1	19.4,23.0
Frecuencia de consumo actual de alcohol									
Diaria	10.1	0.1	0.0,0.3	1.1	0.0	0.0,0.1	11.2	0.1	0.0,0.1
Semanal	587.1	5.2	4.0,6.8	154.8	1.4	1.0,2.1	741.9	3.4	2.7,4.2
Mensual	1 012.8	9.0	7.3,11.2	760.0	7.0	5.2,9.3	1 772.8	8.0	6.7,9.6
Anual	1 116.1	10.0	8.4,11.8	1 031.9	9.5	7.9,11.3	2 148.0	9.7	8.6,11.0
Frecuencia de consumo excesivo de alcohol									
Diaria	11.4	0.1	0.0,0.4	0.0	0.0	+	11.4	0.1	0.0,0.2
Semanal	452.8	4.0	2.9,5.5	130.6	1.2	0.7,2.1	583.4	2.6	2.0,3.5
Mensual	477.3	4.3	3.1,5.8	290.1	2.7	1.9,3.8	767.4	3.5	2.8,4.4
Ocasional	944.9	8.4	7.0,10.2	786.2	7.2	5.4,9.5	1 731.1	7.8	6.6,9.2
No en los últimos 12 meses	824.0	7.4	6.0,9.0	720.0	6.6	5.4,8.0	1 544.1	7.0	6.1,8.0
No responde	15.6	0.1	0.0,0.6	20.9	0.2	0.1,0.5	36.5	0.2	0.1,0.4
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días	819.6	7.3	5.9,9.1	387.7	3.6	2.3,5.5	1 207.3	5.5	4.4,6.7

Nota: La figura muestra la frecuencia de ingesta de alcohol en personas de 10 a 19 años, desglosada por género y con los porcentajes correspondientes, así como el total de la población. Datos tomados de: (Shamah et al., 2022).

En datos presentados por ENSANUT 2023 se menciona que en México el 3.1%, es decir, 689,996 adolescentes de entre 10 y 19 años señalaron consumir tabaco, al separar la información por sexo, se encontró que el sexo masculino presentó una mayor prevalencia (4.8%) en comparación con el sexo femenino (1.3%).

Respecto a la frecuencia del consumo el 2.4% de los adolescentes (3.8% masculinos, 1% femenino) indicó que fumaba tabaco de forma ocasional, mientras que el 0.7% (1.1% de los hombres, 0.3% de las mujeres) declaró hacerlo diariamente, esto se representa más claramente en el siguiente gráfico:

Figura 5

Fumadores en población de 10 a 19 años de edad. ENSANUT 2023.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Fumador actual	690	3.1	2,4,4.0	543.5	4.8	3,6,6.4	146.5	1.3	0,7,2.5
Fumador diario	153.1	0.7	0,4,1.3	118.6	1.1	0,5,2.4	34.5	0.3	0,3,0.4
Fumador ocasional	536.9	2.4	1,8,3.2	424.9	3.8	2,9,4.9	112	1.0	0,5,2.2
Exfumador	617.9	2.8	2,1,3.7	446.7	4.0	2,8,5.7	171.1	1.6	1,0,2.5
Exfumador diario	32.4	0.1	0,0,0.6	32.4	0.3	0,1,1.2	0	0.0	—
Exfumador ocasional	585.4	2.7	2,0,3.6	414.3	3.7	2,5,5.3	171.1	1.6	1,0,2.5
Nunca fumador	20 758.3	94.1	92,6,95.2	10 222.8	91.2	88,6,93.2	10 535.5	97.1	95,7,98.0
Cigarro electrónico	955.9	4.3	2,7,6.8	659.2	5.8	2,9,11.4	296.7	2.7	1,9,3.8

Nota: La figura muestra el número de personas de 10 a 19 años que presentaron distintos tipos de consumo de tabaco, desglosado por género y con el total general. Datos tomados de: (Shamah et al., 2024).

Por su parte el uso de bebidas alcohólicas en la misma población fue de 21.0%, representando un total de 4 699 006 personas; el 13.9% de adolescentes mencionó haberlas ingerido en exceso en al menos una ocasión en los últimos 12 meses (16.2 hombres y 11.5 mujeres); 3.4% lo hicieron en los 30 días previos a la encuesta como lo determina la siguiente tabla:

Figura 6

Uso de bebidas etílicas población de 10 a 19 años de edad. ENSANUT 2023.

	Total			Hombres			Mujeres		
	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%	N (miles)	%	IC95%
Consumo actual de alcohol	4 699.0	21.0	17,8,24.6	2 448.8	21.6	17,1,26.9	2 250.2	20.4	16,9,24.4
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 12 meses	3 115.3	13.9	11,4,16.9	1 842.2	16.2	12,7,20.6	1 273.1	11.5	8,5,15.4
Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días	758.0	3.4	2,6,4.4	551.9	4.9*	3,5,6.7	206.1	1.9*	1,1,3.0

Nota: La figura muestra las prevalencias de tres categorías en personas de 10 a 19 años, divididas por género y con el total general. Datos tomados de: (Shamah et al., 2024).

Ahora bien, retomando los datos de la ENCODAT 2025 —que constituyen la información más reciente considerada para este trabajo— se presenta la prevalencia del uso de tabaco en adolescentes de 12 a 17 años durante el último mes. Los resultados indican una prevalencia total del 2.0%, de la cual 0.7%

corresponde a mujeres y 3.2% a hombres. Asimismo, en el apartado de “ex fumador” se reporta un 2.4% en ambos sexos, tal como se muestra en la siguiente figura:

Figura 7

Fumadores en población de 12 a 17 años de edad. ENCODAT 2025.

Uso de taba- co fumado	Total			Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Fumador último mes	258,719	2.0	1.5, 2.6	213,412	3.2*	2.3, 4.4	45,307	0.7*	0.4, 1.2
Ex Fumador	315,622	2.4*	1.8, 3.3	197,749	3.0*	2.0, 4.4	117,872	1.8*	1.1, 2.9
Nunca ha fumado	12,578,725	95.6	94.6, 96.4	6,217,292	93.8	92.1, 95.1	6,361,432	97.5	96.4, 98.3

Nota: La figura muestra el uso de tabaco fumado en el último mes, en la población de 12 a 17 años en México, categorizada por tres apartados y dividida por género y la suma de ellos. Datos tomados de (CONASAMA, 2025).

En la misma población, pero en relación con el consumo de bebidas alcohólicas, se observa que la categoría “alguna vez” disminuyó de 39.8% en 2016 a 33.9% en 2025. Por su parte, la categoría “último mes” también mostró una reducción, al pasar de 16.1% a 7.5%. Cabe señalar que la encuesta más reciente no incluye todas las categorías que se presentaban en 2016, por lo que se refleja una ausencia en los datos presentados:

Figura 8

Uso de bebidas etílicas en población de 12 a 17 años de edad. ENCODAT 2025.

2016				2025		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Total						
Alguna vez	5,708,288	39.8	38.3-41.3	4,471,010	33.9	31.4-36.4
Último año	4,012,749	28.0	26.6-29.4	2,347,054	17.8	15.9-19.8
Último mes	2,308,362	16.1	15.0-17.2	984,837	7.5	6.3-8.8
Hombres						
Alguna vez	3,021,907	41.7	39.7-43.7	2,434,116	36.6	33.1-40.1
Último año	2,085,920	28.8	27.0-30.7	1,220,322	18.3	15.9-21.1
Último mes	1,219,270	16.8	15.4-18.4	553,678	8.3	6.8-10.2
Mujeres						
Alguna vez	2,686,381	37.9	35.9-40.0	2,036,894	31.1	27.9-34.5
Último año	1,926,829	27.2	25.3-29.2	1,126,732	17.2	14.8-19.9
Último mes	1,089,093	15.4	13.7-17.1	431,159	6.6	5.1-8.4

Nota: La figura muestra tres tipos de categorías en el uso de bebidas etílicas, en el grupo poblacional de 12 a 17 años en México, dividida por género, tipo de consumo y total de cada rubro, así como la comparación entre la última encuesta realizada en 2016, con su comparación con la 2025. Datos tomados de: (CONASAMA, 2025).

Considerando estas gráficas que revisan la evolución y comportamiento de la ingesta de bebidas alcohólicas y el hábito tabáquico en la población adolescente, se observa un equilibrio e incluso una reducción en los porcentajes de ambos tipos de consumos a través de los años.

Sin embargo, en el tema del uso de cigarrillos electrónicos en el último mes este aumentó, ya que estando en 1.1% en 2016 pasó a 3.1% en 2025. Esto sugiere que los jóvenes están adoptando el uso de vapeadores a un ritmo mayor que el consumo de tabaco tradicional, por lo que esta información no debe pasarse por alto y resulta necesario prestar mayor atención a este fenómeno (Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2025).

A pesar de ello, es evidente que la implementación de distintas estrategias dirigidas a disminuir la ingesta de drogas en la población adolescente está generando resultados; no obstante, los avances se presentan de manera lenta y gradual, por lo que, analizado a detalle ciertas cifras se considera necesario seguir

contribuyendo a estas mismas acciones, para seguir generando proyectos que propicien la disminución de menos personas involucradas en estas prácticas de riesgo.

Es por eso que es viable generar este tipo de investigación que analice las estrategias que realizan diversas asociaciones para frenar dichos consumos, principalmente en aquellas categorías que pueden generar en poco tiempo el proceso de una adicción. Para eso a continuación expondré diversas razones por la cuales es viable y justificable realizar dicho estudio:

Primero que nada, se tiene que mencionar que es oportuno realizar este trabajo, pues la investigación se enfocará en la adolescencia, una etapa fundamental del ser humano que se distingue por ser un periodo de transición con importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales.

Los cuales impactan en la manifestación de múltiples conductas de riesgo, que por si no fuera poco, y para problematizar aún más dicho evento, se suma la nula experiencia que tienen los adolescentes para poder afrontar dichos eventos adecuadamente, dando por resultado que se incrementen las probabilidades de sucumbir en conductas no saludables.

De esta manera, y en interacción con diversos factores de carácter individual, familiar y social, se ha documentado que el inicio de estas conductas suele presentarse durante esta etapa, generalmente bajo una modalidad de consumo experimental. Este primer acercamiento puede derivar en distintos cursos de evolución y, en cualquiera de ellos, existe el riesgo de generar consecuencias negativas tanto en el corto, como en el largo plazo.

El primero es dejar de consumirlos, sin olvidar que no está exento de consecuencias, aún hayan sido en niveles bajos, entre estos se ubican la realización de conductas de riesgo, pérdida de memoria (lagunas mentales), dificultad para respirar, mal aliento, alteración del gusto y manchas en dientes; y en el segundo camino que es pasar a un consumo frecuente y dependiente, en donde se suman múltiples consecuencias en el corto y largo plazo en la vida de los adolescentes,

dependencia a estas sustancias, daños hepáticos, respiratorios, sociales, cánceres, envejecimiento prematuro y deterioro en general, entre otros (Ahumada et al., 2017).

De manera complementaria a lo señalado anteriormente, es oportuno realizar esta investigación pues la adolescencia se reconoce como un periodo esencial en el desarrollo humano, especialmente en lo que respecta al cerebro, ya que este órgano aún no se termina de desarrollarse y continúa madurando más allá de los 21 años, e incluso hasta los 25, aún se están perfeccionando las conexiones entre áreas vinculadas con el control de impulsos, la regulación emocional, la toma de decisiones y el comportamiento, razón por la cual, es evidente que la persona no tome buenas decisiones ni mida las consecuencias de sus actos (Cruz et al., 2019).

Reforzando lo antes dicho, es importante recordar que existe evidencia estadística que indica que la adicción a las drogas suele iniciar con mayor facilidad durante esta etapa, pues es el sector de la población que mayor riesgo tiene de desarrollarla debido a su vulnerabilidad ante los diversos problemas familiares y sociales, incluyendo la falta de desarrollo en sus órganos, por lo cual es complicado que tomen decisiones que los pongan a salvo, como negarse a invitaciones de ofrecimiento de drogas.

En razón de estas características, este grupo es más vulnerable a experimentar consecuencias relevantes y de larga duración, como las adicciones, una problemática que, cuando aparece a edades tempranas, puede generar efectos persistentes en el desarrollo de la persona.

Otro punto por el cual elegí abordar en el presente trabajo estas dos spa, es que si el adolescente logra llegar a la siguiente etapa de su vida sin fumar, se obtendrán múltiples beneficios en salud pública, pues se tiene evidenciado que sería muy baja la probabilidad de que comiencen a desarrollar la costumbre de fumar durante la adultez, pues durante esta etapa de la vida, se desarrollan los hábitos vinculados al cuidado de la salud positivos y negativos que habrán de perdurar en un largo plazo de la vida (González et al., 2019).

El beneficio de hablar de estos temas a una edad crucial, va más allá de comportamientos positivos y negativos en el corto plazo, pues existen además consecuencias que se irán presentando con el tiempo, algunos de ellas pueden ser:

- Alta probabilidad de desarrollar enfermedades gastrointestinales (cirrosis hepática, pancreatitis).
- Aumento en infecciones respiratorias, cánceres, alteraciones de la salud mental (depresión y ansiedad).
- Problemas cardiovasculares / daños en el cerebro, con dificultades en las áreas que controlan el pensamiento, el aprendizaje, la memoria y coordinación motora.
- Sin olvidar el desarrollo de conductas de riesgo, (conducción de vehículos motorizados, violencia, caídas y golpes).
- Enfermedades infecciosas al tener prácticas sexuales sin medidas de protección.
- Problemas dentales, bajo rendimiento escolar, por ausencias y dificultades para aprender, por último y no menos importante el desarrollo de una adicción en cualquiera de estas dos sustancias (Cruz et al., 2019).

Por estas razones, resulta de suma importancia enfocar la investigación en estas sustancias y en estas etapas de la vida, ya que, como se ha observado, la intervención oportuna puede generar múltiples beneficios, entre ellos, la prevención de posibles daños en los adolescentes, pues al reducir los riesgos asociados al consumo, y fortalecer factores de protección y promover un desarrollo integral, se favorece el bienestar físico, psicológico y social del adolescente que es fundamental para el crecimiento y desarrollo del mismo.

Ahora bien, al centrar la atención en el contexto en el que se desarrolla este trabajo, es importante señalar que los CIJ se localizan estratégicamente en zonas que presentan condiciones de vulnerabilidad social, este es el caso de la colonia San Juan de Aragón VII sección, pues esta colonia ha sido identificada, de acuerdo con los factores considerados en el Estudio Básico de Comunidad Objetivo (EBCO),

como una zona con niveles de vulnerabilidad y rezago; lo que justifica la pertinencia de realizar intervenciones e investigaciones oportunas.

El EBCO permite medir y comprender las necesidades y recursos que tiene cada zona de la misma ciudad y alcaldías, cuenta entre sus múltiples variables a la educación, los ingresos, ocupación, características de las viviendas y servicios. Es así como por medio de este instrumento, permite observar a las autoridades las necesidades que tienen las zonas para crear acciones que puedan atender a las mismas comunidades.

De esta forma, es importante resaltar que es pertinente hacer este análisis en dicha comunidad, puesto que según el “EBCO” de la alcaldía Gustavo A. Madero, la zona está ubicada en un estrato socio-urbano “medio bajo”, es decir, que corresponde a los estratos que albergan a la población con menores recursos y servicios de la alcaldía, y que por consecuencia es blanco fácil para el acercamiento al uso de drogas por parte de jóvenes y adultos de la comunidad; de esta forma se suma una buena razón para el desarrollo y pertinencia de la presente investigación (Asentamiento Código Postal Estrato Socio-Urbano, 2018).

Por último, se tiene que mencionar que, a partir de los datos proporcionados por la asociación civil, nunca se ha analizado, ni modificado las intervenciones que realiza el Centro con los adolescentes desde una mirada en PS, de esta manera, resultaría pertinente intervenir destacando los aspectos positivos de sus sesiones, así como aquellos que pueden fortalecerse o ampliarse, con el fin de que la institución logre generar un mayor impacto en sus grupos de trabajo y cumpla con los objetivos planteados en beneficio de la comunidad.

Planteamiento del problema

La presente investigación no pretende diseñar ni realizar una nueva forma de trabajo, ni intervención en CIJ, sino por el contrario, busca analizar las dinámicas e intervenciones, que realiza la asociación civil en escuelas del nivel básico (secundaria), referentes a la ingesta de bebidas alcohólicas y el hábito tabáquico a esta edad, para que vinculando a los conocimientos de mi carrera, se busque

cambiar, mejorar y ampliar aquellas actividades que desde un punto de vista crítico pueden ser perfeccionadas.

Para iniciar este tema es conviene destacar que el alcohol - etanol – bebida alcohólica es la spa con mayor consumo en el país, su efecto depresor sobre el sistema nervioso central (SNC), provoca alteraciones en el funcionamiento cerebral. Además, su uso frecuente puede afectar la coordinación, el juicio, la memoria y, a largo plazo, contribuir al desarrollo de diversas enfermedades físicas y trastornos emocionales.

Cuando se bebe alcohol, éste pasa por la boca y el esófago hasta llegar al estómago, donde se absorbe en la sangre, en poco tiempo llega el cerebro y afecta a diferentes grupos de neuronas encargadas entre otras funciones, de controlar la respiración, el habla, el equilibrio, pensamientos, juicio y razonamiento, sin olvidar el deterioro de las funciones cognitivas, modificación del comportamiento, emociones, reflexión crítica, memoria, atención y control social (Córdova et al., 2010).

En el contexto nacional, el tabaco se posiciona como la segunda spa con mayor prevalencia de consumo; actúa como un estimulante del SNC debido a que incrementa la presencia de determinados químicos en el cerebro, lo que provoca un aumento en la alerta, la concentración, la energía y la actividad física. Este producto contiene miles de elementos químicos, de los que, en su mayoría son perjudiciales a la salud por ser cancerígenos.

El carácter adictivo del tabaco es provocado por la nicotina, puesto que activa regiones específicas del cerebro señaladas con las sensaciones de placer y bienestar, al principio, no es necesario fumar para sentirse bien, relajado o concentrado, pero con el tiempo, el cuerpo comienza a requerir cada vez más nicotina para experimentar los efectos (Lugones et al., 2006).

Al observar el impacto negativo que conlleva el consumir estas dos sustancias a cualquier edad, pero más preocupantemente en la adolescencia- etapa

crucial para el desarrollo físico, emocional y social-, la PS debe asumir un papel activo mediante estrategias orientadas a la prevención y la educación, ya que las adicciones constituyen actualmente un desafío significativo tanto para la salud colectiva, y el bienestar individual.

El uso de estas dos sustancias ha tenido gran relevancia en nuestra sociedad puesto que se identifican diversos fr asociados a su consumo, los cuales son cualitativamente diferentes, en la adolescencia, a los de otros grupos etarios; de los primeros podemos encontrar el fácil acceso a dichas sustancias, la poca claridad en reglas por parte de padres, imitación, influencia de publicidad y que su consumo se ha normalizado en diferentes sistemas como el familiar, social y escolar, entre otros (González. et al., 2019).

Una organización civil fundamental que será clave para nuestro trabajo será CIJ, una institución que opera con 117 clínicas en todo el país, ubicadas en zonas estratégicas y de alto riesgo en cuanto a la ingesta de drogas.

La institución tiene una amplia y reconocida trayectoria en áreas como la prevención, la atención y la rehabilitación de adicciones, así como la generación de conocimiento científico sobre el uso de drogas, además, se especializa en la capacitación de profesionales en este campo, su modelo de trabajo, basado en espacios institucionales, se alinea muy bien con las estrategias de PS.

La institución, además, como se mencionó previamente, cuenta con espacios de rehabilitación a cargo de psicólogos, psiquiatras y médicos especialistas en el tema de las adicciones. Estos servicios se fundamentan principalmente en un tratamiento integral y especializado, que incluye terapia individual, familiar y grupal, así como procesos de rehabilitación orientados a la recuperación de los pacientes.

Es importante mencionar que no todas las instituciones cuentan con hospitalización, que son los espacios adecuados para que los pacientes tengan un tratamiento especializado en desintoxicación; pero sí cuentan, con lo que ellos llaman “centros de día”, que son diversos tratamientos que se encuentran bajo la

supervisión de especialistas, en un tiempo de 4 o 8 horas al diarias de 3 a 5 días a la semana.

Una vez descrito lo anterior, tengo que mencionar que, la presente investigación surge a partir del ingreso a la prestación del servicio social "Prevención, tratamiento e investigación de las adicciones en CIJ, Oriente", que abarcó un año y logró captar mi atención en el serio problema asociado al uso de sustancias lícitas e ilícitas.

A partir de ahí tomé la decisión de trabajar únicamente con aquellas categorizadas como legales, y dentro de ellas dedicarme únicamente al alcohol y tabaco, pues con base en la observación, mucha gente ni siquiera las tiene identificadas como una droga, como algo problemático que hay que frenar y trabajar; además, estas sustancias son normalizadas y según diversas encuestas son las primeras spa consumidas en nuestra sociedad.

A lo largo de esas 960 horas que constó mi año de servicio social, la institución nos brindó diversas herramientas para conocer, dominar y entender el amplio tema de las adicciones, la principal de ellas era la estrategia preventiva denominada "sensibilización e incremento de percepción de riesgo".

La cual era una guía teórica que te preparaba para brindar sesiones informativas en todos los ámbitos, en ella se hacía mucho hincapié en la necesidad de desarrollar intervenciones eficaces, viables y, sobre todo, oportunas y acordes a las particularidades del entorno y de la población.

Los programas, en especial el mencionado anteriormente se ha enfocado en crear entornos seguros que promuevan un desarrollo saludable en niñas, niños y adolescentes, proporcionándoles herramientas para enfrentar los riesgos psicosociales vinculados a la ingesta de spa.

Entre los temas más sobresalientes que abarcaba dicha estrategia se encontraban la difusión institucional, el impulso a la salud, la sensibilización y el fortalecimiento de la conciencia sobre los riesgos asociados, así como la reducción de dichos riesgos, la identificación oportuna y la atención oportuna ante señales de

su uso. Asimismo, se contemplaba la formación de personas clave dentro de la comunidad y la creación de redes de apoyo comunitario.

Lo anterior se refleja de manera clara en su objetivo general, el cual se orienta a impulsar que la población tenga acceso a información basada en evidencia sobre las consecuencias del uso de drogas, asimismo, busca fomentar la capacidad de analizar de manera crítica los datos y las fuentes disponibles, fortalecer la conciencia sobre los riesgos asociados a su uso e impulsar estrategias de protección y participación que respondan a las condiciones de vulnerabilidad en su día a día (Centros de Integración Juvenil, A.C., 2018).

De esta forma, cuando una escuela solicitaba el desarrollo de alguna sesión informativa, nosotros situábamos el nivel educativo al que iba a ser enfocado (básico, medio superior, superior y posgrado), y con base en eso, determinábamos los temas que se fueran a trabajar, ya que con niñas y niños en edades tempranas se pretende transmitir información relacionada con valores y autocuidado, en el caso de 8 y 9 años, se incorporan los daños del consumo de tabaco y alcohol, partiendo siempre del conocimiento que tienen las y los participantes.

Con adolescentes de 12 a 14 años también se abordan sustancias lícitas y se incorporan las sustancias ilegales de mayor consumo (mariguana e inhalables). Con los jóvenes de 15 a 17 años de edad, además de las sustancias antes mencionadas, se podrían considerar la información sobre cocaína-crack y metanfetaminas-cristal, fentanilo.

En el rango de 18 a 24 años, dada su probable incorporación en el ámbito laboral, se integraban, además, temas de acoso laboral, estrés y desgaste emocional. En la población de más de 25 años, también se prioriza su rol social como personas responsables del cuidado familiar, tutores, responsables de crianza o del cuidado y educación de niñas, niños y adolescentes; docentes, orientadores, líderes religiosos o comunitarios, etc.

Quienes llevábamos a cabo el servicio social, prácticas profesionales, becarios de jóvenes construyendo el futuro, y voluntarios, éramos los encargados

de impartir dichas sesiones en todos los contextos presentados (familiar, escolar, laboral y comunitario) y a las diversas poblaciones (edad, etapa de vida, sexo y género, ocupación) así como el nivel de vulnerabilidad ante el uso y abuso de spa.

Para eso, CIJ abría una plataforma teórica en los que incluían diversas lecturas de la institución: drogas legales (tabaco, alcohol e inhalables), drogas ilegales (Cannabis, opioides, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico) y diversos temas sociales y psicológicos entre otros más.

Una vez que formábamos parte oficialmente de la institución y de un equipo de trabajo, debíamos revisar una serie de módulos informativos con sus respectivas evaluaciones. En total, eran 38 módulos que debíamos completar, al finalizar todos ellos, se garantizaba que la persona contara con la capacitación necesaria para impartir las distintas sesiones informativas en los ámbitos mencionados previamente.

La reducción de la ingesta de estas dos sustancias en tempranas edades requiere la participación de diversas ciencias y disciplinas, así como la aplicación de múltiples intervenciones, programas y planes de salud, desde la PS, esta investigación busca contribuir con acciones que generen un cambio. Para comprender con mayor claridad cómo se llevará a cabo, a continuación, se presenta la metodología propuesta y el procedimiento correspondiente.

Metodología

Dado que mi objetivo principal se basa en analizar y contrastar el modelo de PS utilizado en el CIJ GAM Oriente con otros modelos aplicados en este ámbito, la metodología más eficaz que permitirá trabajar dichos modelos en relación al consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de entre 12 y 14 años cercanos a las escuelas del Centro, será la del "Análisis comparativo".

Ya que este mismo, permite hacer comparaciones de dos o más datos o elementos, con el fin de identificar en el análisis, diferencias, similitudes y patrones entre ellos, utilizando métodos específicos que permitan obtener conclusiones

significativas. El método comparativo de esta forma, consiste en realizar una comparación sistemática entre distintos objetos de estudio, generalmente, estos se utilizan para obtener generalizaciones empíricas y para verificar hipótesis.

Sin embargo, lo que se entiende por método comparativo en la literatura metodológica y en la práctica investigativa es muy diverso, en parte porque el término suele emplearse como equivalente de comparación, análisis comparativo o investigación comparativa. Por ello, puede abarcar cualquier procedimiento que tenga como finalidad comparar (Nohlen, 2020).

Es importante señalar que no se contó con un instrumento específico para analizar la estructura del modelo utilizado en los CIJ. Los datos que se presentan a lo largo de este trabajo se basan en la información obtenida de los manuales informativos, así como en la experiencia adquirida al impartir sesiones con adolescentes de distintas escuelas secundarias ubicadas en la zona oriente de la alcaldía Gustavo A. Madero.

Para comprender mejor este método previamente mencionado, es importante señalar que, desde la década de los años setenta hasta hoy, las técnicas comparativas han sido utilizadas y perfeccionadas en el ámbito de las ciencias sociales, en conjunto con los estudios de caso y los estudios de tipo experimental.

Existe evidencia de que, con el paso del tiempo, un número cada vez mayor de investigadores ha recurrido a este método como una herramienta fundamental de análisis. Incluso desde la antigüedad, la técnica comparativa ha sido empleada para construir conocimiento y generar comprensión entre los pensadores que destacaron por el uso de este enfoque se encuentran Aristóteles, Maquiavelo, Montesquieu y Émile Durkheim, entre otros más (Díaz y León, 2014).

Ahora bien, su aplicación, como la de todo método científico, responde a un proceso sistemático que parte de un punto específico y avanza a través de una secuencia ordenada de etapas. En este sentido, el texto de Nohlen (2020) señala diversas fases, comenzando por la necesidad de contar con una estructura teórica sólida que funcione como base para la formulación de una hipótesis.

Para eso, dicha estructura debe estar contemplada y preparada con información, trabajos y estudios del objeto investigado, para que se conozcan los casos que se habrán de comparar; identificando similitudes y diferencias según sea el tema, es recomendable tener bien articulados e identificados los conceptos, pues a partir de ellos se lograrán tener más argumentos en la investigación.

La segunda etapa invita a comprobar que efectivamente sean viables los objetos de estudio, es decir, que se tengan bien definidos y especificados los objetivos, puesto que deben ser comparables y relevantes al público, ante eso se proponen 4 aspectos que se deben contemplar: ámbito del objeto, tiempo, espacio y contexto.

Para la última etapa, que es la tercera, se da espacio al análisis de los elementos, para llegar a una conclusión basada en las comparaciones realizadas, para así obtener las diferencias o semejanzas en términos de características, efectos y otros aspectos relevantes del tema (Díaz y León, 2014).

De esta manera, mediante un análisis comparativo que aborda la definición, los antecedentes, las características y el proceso de los modelos estudiados; la presente investigación busca cumplir con los objetivos planteados. Se espera que los resultados permitan formular recomendaciones útiles para el CIJ, con el fin de beneficiar a los estudiantes de las escuelas donde la institución imparte sus sesiones informativas, particularmente aquellas ubicadas en calles y colonias cercanas al Centro.

2. Marco teórico

2.1. ¿Qué son las adicciones?

La historia de las adicciones está estrechamente relacionada con la historia de la humanidad, reflejada en prácticas como fumar cigarrillos, mascar hojas de coca, consumir alcohol o utilizar opio. Recientemente junto con las anteriormente mencionadas, han destacado nuevas sustancias igualmente e incluso más adictivas, como es el caso de la cocaína, heroína, drogas de diseño, LSD entre

otras, y dentro del mismo contexto han surgido nuevas adicciones como las “comportamentales” (Becoña y Oblitas, 2003).

Es complicado mencionar lo que es, y no es una adicción, así como las características del proceso y desarrollo de las mismas; esto se determinó debido a que, en la actualidad, se han incluido las denominadas "adicciones sin sustancias" que son aquellas conductas de la vida diaria que no pueden dejar de repetirse (entrar a redes sociales, videojuegos, sexo, compras, trabajo, etc.).

En específico, visto desde esta posición, no es el tipo de conducta aplicada, pero si es la forma de relación con la que se establecen; en ese sentido, varios autores han incorporado estas características en sus definiciones, por ejemplo, se entiende la adicción como el hábito en el que un individuo se ve dominado por el uso de una o varias sustancias tóxicas o por una afición excesiva a ciertas actividades, como algunos juegos (Sola, 2014).

Sin embargo, para ciertos especialistas es importante generar una aclaración de distinción entre ambas posturas, puesto que, dentro de una definición de adicción por spa, se requiere incluir forzosamente conceptos como “tolerancia”, “dependencia”, “abstinencia”, o bien “consecuencias negativas la salud personal o social del individuo”, situación que evidencia claramente la postura antes mencionada (Sola, 2014).

Para los efectos de este estudio el concepto que tomaré de “adicción” se basará específicamente a partir de la ingesta de spa, es importante destacarlo puesto que, el término “adicciones” abarca un significado amplio que incluye al individuo, en su entorno familiar y la comunidad, y está influenciado por factores sociales, económicos, políticos y tecnológicos desde una perspectiva general.

Para algunos autores como lo es Cortés et al., (2018) la perspectiva actual sobre las adicciones a las drogas las define como una patología cerebral de carácter crónico y recurrente, que se manifiesta por el consumo compulsivo de spa. Estas adicciones se manifiestan a través de diversos signos y síntomas, en los que intervienen variables genéticas que predisponen al individuo, junto con elementos

biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a su mantenimiento, además, suelen presentarse episodios de distorsión del pensamiento, pérdida de control y negación del problema.

La adicción es la necesidad descontrolada de realizar prácticas compulsivas de una o varias conductas encaminadas a satisfacer una necesidad, es una enfermedad de carácter crónico, cuyo desarrollo y manifestaciones están influenciados por factores genéticos, psicológicos, sociales y del entorno. Suele avanzar con el tiempo y, en muchos casos, puede llevar a consecuencias graves, se distingue por la pérdida de control, así como por alteraciones en el pensamiento, entre las que destaca la negación del problema.

Por su parte Trujillo (2019), un experto en salud manifiesta que la adicción implica el uso reiterado de una o varias spa, hasta llegar al punto en que la persona, conocida como adicta, se intoxica de manera continua o frecuente, presenta un fuerte impulso o necesidad compulsiva de consumir su sustancia preferida, enfrenta grandes dificultades para detener o cambiar voluntariamente ese consumo y está dispuesta a conseguir dichas sustancias por cualquier medio.

Otra característica de las adicciones, es la que describen Becoña y Oblitas (2003) para los jóvenes es menos probables que se presenten problemas en el corto plazo, pero conforme se va llegando al mediano y largo plazo de la adicción, aumentan considerablemente los efectos y daños de la misma, por ejemplo, en relación con el tabaquismo, muchas personas que fuman cigarrillos de forma continua a lo largo del tiempo terminarán falleciendo años después, principalmente a causa de cáncer de pulmón o enfermedades cardiovasculares.

Otros más lo harán por enfermedades hepáticas o accidentes a causa del alcoholismo; así como sucederá en aquellos dependientes por heroína o cocaína por enfermedades causadas por las mismas; incluyendo que pueden llevar una posible quiebra económica, lo cual suele ser el inicio de una cadena de problemas legales, familiares y de salud física.

A partir de estas definiciones y características, es posible identificar similitudes relevantes, particularmente en conceptos como el carácter compulsivo del consumo, y los efectos que este genera. Para profundizar en estos aspectos, primero resulta necesario describir los patrones de consumo, ya que a través de su análisis se puede comprender el proceso mediante el cual se desarrolla la adicción.

2.1.1. Fases del proceso adictivo

Existen diversas etapas en el proceso que pueden conducir a una adicción. Como en muchos otros fenómenos, distintas teorías intentan explicar de manera más precisa cómo se desarrolla este proceso; es importante reconocer que no todas las personas que consumen una sustancia desarrollan dependencia, sin embargo, a partir de esta idea, es necesario abordar los factores y enfoques teóricos que permiten comprender con mayor profundidad dicha problemática.

Para ir hablando del tema, se debe de recordar lo que menciona Roldan et al., (2021) respecto a que, todo consumo de sustancias genera una serie de síntomas fisiológicos, psicológicos y conductuales, en el ámbito físico, pueden presentarse alteraciones como cambio en el ritmo cardíaco y daños en el SNC, a nivel psicológico, es común la aparición de alucinaciones, actitudes paranoicas, alteraciones del estado de ánimo, depresión, trastornos y una disminución notable de fuerza de voluntad.

Una vez aclarado esto, se tiene que decir que, la dependencia en una persona adicta no surge de forma instantánea, ni en todos los casos, se comienzan a consumir de manera progresiva ante un problema personal, ni social o laboral, sino que en muchas ocasiones se realiza por diversión, comenzando de vez en cuando con un consumo, hasta volverlo algo frecuente.

El desarrollo de una adicción generalmente inicia con consumos mínimos u ocasionales de la sustancia, estos primeros usos aumentan el deseo de seguir consumiéndola, lo que se conoce como efecto “priming”, y provocan la aparición del “craving”, una necesidad fuerte y casi incontrolable de continuar con el consumo (Brecoña y Cortés, 2011).

Un punto fundamental que hay que aclarar antes de comenzar a describir dicho proceso adictivo, es que, en ningún país, ni siquiera en aquellos categorizados como "desarrollados" se han podido erradicar estos consumos problemáticos en sus habitantes, pues son diversos los estudios, y la propia realidad clínica que indica la búsqueda de apoyo cuando la situación se ha desbordado produciendo múltiples consecuencias en el ámbito laboral, familiar, social, económico entre otros (Brecoña y Cortés, 2011).

Ahora bien, Guerra (2023) describe 5 fases del proceso adictivo; la primera de ellas la nombran como la fase del "enamoramiento" debido a varias características, una de ellas es porque los primeros acercamientos a dichas sustancias suelen ser agradables, debido a los efectos que tienen esas nuevas sensaciones en la persona, como por ejemplo desinhibición, excitación y placer.

Es importante mencionar que, si la fase fue demasiado agradable, existe mayor probabilidad que los demás encuentros se vuelvan a producir no muy lejanamente al primero, haciendo que dicho consumo sea más constante y de mayor atracción, como lo es en un enamoramiento, tomando solo en cuenta la parte satisfactoria del consumo, y olvidando la parte negativa del encuentro. De esta primera etapa depende que el individuo continúe con las demás fases del proceso adictivo o pare (Guerra, 2023).

La segunda de ellas es conocida como "luna de miel" en ella las spa siguen proporcionando unos estados de ánimo y sensaciones que, para él, le resultan positivos, en este punto ya no se trata simplemente del consumo de drogas, sino de un abuso, sin embargo la persona que consume suele creer que aún tiene el control y que puede dejar la adicción cuando lo desee, esto lo hace sentirse cómodo y seguro, hasta el punto en que evade a la sociedad, sin tener en cuenta los problemas que ocurren a su alrededor.

"Traición" es la tercera etapa, debido a que, a esta altura el individuo es consciente de la adicción a la droga, pues su necesidad de consumir ha aumentado al grado de empezar a afectar su salud física, y la persona incluso se da cuenta de que está realizando actos que nunca antes había imaginado hacer, sin olvidar los

problemas y conflictos familiares, sociales y laborales. Las pocas relaciones que mantenía se van alejando poco a poco pues sus comportamientos cada vez son más negativos. La adicción se está desarrollando de forma cada vez más común. (Guerra, 2023).

La penúltima etapa es "ruina" y es conocida de esta forma debido a que, la persona empieza a sentir culpa y arrepentimiento, acompañados de un estado de ánimo bajo, durante esta etapa también se desarrolla tolerancia, lo que significa que necesita consumir mayores cantidades o hacerlo con más frecuencia para alcanzar los efectos que percibe como positivos o beneficiosos, aunque en realidad no lo sean.

En este punto, el consumo ya no es por diversión sino por dependencia, pues inicia el síndrome de abstinencia, el cual se refiere al conjunto de cambios físicos y psicológicos que experimenta una persona cuando interrumpe de manera repentina el consumo de una sustancia adictiva, como consecuencia de esto el adicto difícilmente dejará de consumir la droga por sí mismo, requerirá la ayuda profesional y familiar, pues la dependencia estará presente en diversos horarios del día generando la necesidad y la costumbre de la adicción.

La última fase del proceso adictivo es llamada "aprisionados", debido a que el sujeto ha perdido completamente el control y mando de sus acciones y consumo, es una fase que se basa en la desesperación por la obtención de spa, pues se deja todo aquello que lo hacía feliz, que lo mantenía ocupado, por centrarse únicamente en cubrir dicha necesidad.

Su círculo social y familiar está deshecho, y deja de perder su personalidad, es imposible cumplir sus metas, sueños, pues incluso es incapaz de mantener sus necesidades básicas; es un prisionero de impulso compulsivo, que requiere ayuda de especialistas en adicciones para no agravar la situación y generar un daño irreparable (Guerra, 2023).

Al llegar a este punto es importante identificar dos puntos para comenzar a trabajar el proceso de adicción, la primera de ellas "conductas aprendidas", ya que

la mejor forma de comprender una adicción es conocer cómo se ha desarrollado la misma; otro punto se identifica por "si la conducta ha tenido recaídas", pues una persona que cumple con una adicción intenta dejar de consumir las sustancias, sin embargo, la mayoría de las veces no lo logra pues se desarrolla el "síndrome de abstinencia" en el cual muchas de las personas que tienen una adicción vuelven a caer en ella.

Becoña y Cortés (2011) ofrecen otra forma de entender las diferencias entre uso, abuso y dependencia de drogas. Según su explicación, el "uso" de una sustancia no siempre implica efectos negativos inmediatos, especialmente cuando se trata de un consumo ocasional de drogas legales. En cambio, el "abuso" implica un consumo frecuente o excesivo, que continúa incluso cuando ya existen consecuencias negativas claramente asociadas a la sustancia.

Posteriormente se llega a la "dependencia" que se da por su uso excesivo, en donde sí generará consecuencias negativas significativas, haciendo énfasis en que puede presentarse en dos formas, ocurriendo por un uso continuado intermitente, o bien producido por un elevado consumo excesivo en ciertos días, por ejemplo, en los fines de semana.

Ahora bien, hasta el momento he descrito lo que podemos entender por una adicción, posteriormente se explicó cuáles son las fases para llegar a ella, y una vez descrito el proceso se tiene que describir la base de todo esto, es decir, las sustancias que hacen posible a la adicción, para eso iniciaré describiendo a las spa junto con todas sus clasificaciones, para que, una vez trabajado y entendido el tema me base únicamente en aquellas que son el tema prioritario de mi investigación (alcohol y tabaco).

2.1.2. Sustancias psicoactivas en nuestra sociedad

Un desafío que ha afectado a la humanidad durante décadas y que actualmente representa una seria preocupación para nuestra sociedad en términos de salud y bienestar social es el consumo y la fácil disponibilidad de spa. Estas se

definen como compuestos que, al ingresar al organismo por cualquier medio, provocan efectos directos sobre las funciones del cuerpo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), expone que las spa, habitualmente referidas como drogas psicoactivas, son compuestos que, al consumirse, pueden alterar la conciencia, las emociones o los procesos mentales de una persona, pues actúan en el cerebro aprovechando los mecanismos naturales que influyen en el estado emocional, las ideas y las motivaciones (Biblioteca Sede OPS, 2025).

Ricardo González, psiquiatra cubano reconocido por sus aportes al estudio de las adicciones, las describe como cualquier sustancia, ya sea natural o artificial, de uso médico o no, legal o ilegal, que afecta las funciones psicológicas, genera tolerancia y dependencia, y cuyo consumo excesivo y prolongado provoca importantes daños (como se citó en Roldan et al., 2021).

De estos últimos párrafos, podemos mencionar que el consumo de estos productos, daña el funcionamiento de mente y cuerpo, sin olvidar que existe el riesgo que estos mismos puedan ser permanentes, afectando no solamente al consumidor sino a todas las personas que le rodean desde sus diferentes ámbitos, es por eso que, ante tales reacciones y condiciones el uso y abuso de spa hoy en día generan un importante desafío de salud pública en nuestra sociedad.

Su uso impacta todas las áreas del ser humano: la social, biológica, psicológica, cognitiva, emocional, cultural, entre otras. El uso abusivo, la dependencia y el consumo simultáneo de varias sustancias representan graves desafíos de salud pública con amplias consecuencias sociales, por ello, es fundamental abordar estos temas desde una perspectiva integral u holística (Muñoz et al., (2012).

Por ello, al considerar la recomendación de analizar esta problemática de manera integral, es necesario describir las spa desde sus diferentes perspectivas. Una forma de hacerlo es abordarlas a partir de sus distintas clasificaciones; en este caso, se iniciará con su distinción entre sustancias legales e ilegales.

2.1.3. Clasificación de las drogas (legales e ilegales)

Existen diversas formas de clasificar el complejo mundo de las drogas, en una de ellas se distinguen las sustancias lícitas, cuya comercialización y venta están autorizadas por la normativa vigente, de las sustancias ilícitas, cuya producción, distribución y consumo están prohibidos y sancionados conforme a la legislación aplicable, de acuerdo con la gravedad del delito.

Barreto et al., (2015) afirma que las sustancias pueden organizarse en distintas categorías, ya sea según sus efectos, su composición química o su forma de distribución, entre otros criterios. Según el glosario de la OMS sobre alcohol y drogas se clasifican como sustancias lícitas o legales aquellas cuyo uso o venta está permitida en una jurisdicción, ya sea con receta médica o, en ciertos casos, sin ella; dentro de este grupo se encuentran el alcohol, el café y el tabaco. En contraste, se denominan drogas ilícitas o ilegales aquellas cuya producción, posesión, traslado o distribución está prohibida por la ley, o cuyo uso se realiza sin la prescripción médica requerida.

Otra manera de abordar esta misma categorización es a partir de las aportaciones de Valdés et al., (2018) quienes señalan que las drogas pueden organizarse de acuerdo con las restricciones legales que cada país establece para su consumo, producción y comercialización. Por ejemplo, en la mayoría de los países occidentales, esta organización se estructura conforme a la normativa vigente de la siguiente manera:

Drogas o sustancias lícitas: son aquellas cuyo uso es libre y depende de la decisión de cada consumidor, como ocurre con las bebidas alcohólicas y el uso de cigarrillos.

Drogas de uso principalmente médico: estas suelen adquirirse mediante receta y se emplean para atender alteraciones del estado emocional, problemas del sueño, dolores intensos o para mejorar la concentración y el rendimiento.

Drogas o sustancias ilícitas: su clasificación varía según las leyes de cada país, pero generalmente abarcan aquellas cuya producción, distribución o venta está prohibida, como los derivados del cannabis, la heroína y la cocaína (Valdés et al., 2018).

Como se mencionó anteriormente, es importante conocer por qué las drogas se encuentran clasificadas en todas sus formas, una de ellas es a través de sus efectos pues permiten identificar los efectos y conductas de aquellas personas que lo consumen.

En el ámbito farmacológico las drogas “depresoras”, en donde encontramos al alcohol, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, inhalables y otros más, afectan el comportamiento y las funciones vitales del cuerpo, esto se debe a que disminuyen la actividad en ciertas áreas del cerebro, lo que puede provocar dificultades en la memoria, así como alteraciones en la presión arterial y el ritmo cardíaco (Souza et al., 1997).

Por su parte las drogas “estimulantes” en donde encontramos a la cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, nicotina y un grupo de estimulantes donde se clasifica a las xantinas, ejercen un bloqueo, excitando las funciones de las células cerebrales, aumentando el estado de alerta, pulso sanguíneo, aceleramiento, euforia, presión y temperatura, provocando una disminución del apetito, convulsiones, manía y en algunas ocasiones la muerte.

Hay otras categorías dentro de esta misma clasificación. Una de ellas es la de los alucinógenos, ya que los efectos de estas sustancias pueden modificar la perspectiva del entorno, de modo que las personas llegan a percibir imágenes, sonidos o sensaciones inexistentes como si fueran reales, en este grupo se encuentran el LSD y los cannabinoides. Por otro lado, los opioides son drogas que se conectan con ciertas áreas del cerebro responsables del control del dolor y otras funciones corporales, en este grupo incluye sustancias como el opio, la morfina, la heroína y la metadona (Souza et al., 1997).

Además de las categorías previamente mencionadas, existen otras formas de clasificar las spa, esto es, a través de la distinción entre drogas duras y drogas blandas. Las drogas duras se distinguen por su alto nivel de adicción y por provocar daños significativos, tanto de forma inmediata como a largo plazo, especialmente cuando su consumo se vuelve crónico. En contraste, las drogas blandas suelen estar asociadas con menores riesgos, aunque siguen siendo spa, a pesar de tener un potencial adictivo menor, su uso prolongado también puede generar efectos negativos y consecuencias perjudiciales para la salud (Valdés et al., 2018).

El uso de spa a cualquier edad, implicará siempre un grado de riesgo de sufrir consecuencias en diversos niveles, como lo puede ser sobre distintos órganos y sistemas, y no únicamente hablado de daños a largo plazo, sino de manera inmediata, como es el caso de una intoxicación, ya que al tener dentro de nuestro organismo estas sustancias tóxicas, se incrementará el riesgo de lesiones por accidentes, agresiones, conductas sexuales inseguras, violencia, por mencionar algunas.

Ahora bien, para comprender el impacto que las spa pueden generar durante este periodo, es necesario comenzar por describir la etapa de la adolescencia y las principales características que la definen. Solo a partir de este conocimiento es posible entender de manera integral cómo y por qué estas sustancias influyen en el desarrollo físico, emocional y social de los adolescentes.

2.2. ¿De qué manera pueden impactar las drogas en la adolescencia?

Para comprender de mejor manera por qué las adicciones pueden tener un impacto más severo durante esta etapa, es necesario describir las características propias que atraviesa una persona en este periodo de vida. Cabe señalar que los cambios que experimentan los adolescentes no ocurren de manera uniforme, ya que estos pueden variar según los entornos en el que se desarrollan.

En este sentido, la adolescencia puede entenderse como una etapa fundamental del desarrollo humano, que se caracteriza por profundos cambios físicos, emocionales y sociales, que marcan el camino entre la niñez y la adultez,

durante este periodo, las personas dejan atrás las características propias de la infancia sin haber alcanzado aún la plena madurez de la vida adulta, lo que la convierte en una fase intermedia compleja, que puede ser definida por la construcción de la identidad, la búsqueda de autonomía y la adaptación a nuevas responsabilidades (Güemes et al., 2017).

Como podemos ver existen diversas características que definen esta etapa, algunos coinciden en que se trata más de un periodo en el que los adolescentes experimentan transformaciones importantes en lo físico, emocional y social, pero otros más se basan en los momentos que puede generar confusión e inestabilidad en los mismos. Para eso revisaremos como los siguientes autores la describen.

Güemes et al., (2017) mencionan que lo largo de la historia, distintos autores han descrito la adolescencia como una etapa de “tormenta hormonal, emocional y de estrés”, el término adolescencia proviene del latín “adolescere”, relacionado con el verbo adolecer, que en español puede significar tanto presentar alguna imperfección o dificultad, como crecer y desarrollarse, es una fase que se distingue por aparición de transformaciones profundas en los ámbitos físico, psicológico, afectivo y social.

Según la OMS (citado en Fernández, 2014), la adolescencia es una fase de la vida en la que ocurre un crecimiento corporal acelerado y se manifiestan los caracteres sexuales secundarios propios de la pubertad, al mismo tiempo se caracteriza por el desarrollo de nuevas capacidades sociales, cognitivas y emocionales; y es en este lapso que la autoestima, la autonomía, los valores y la identidad personal comienzan a consolidarse en la persona.

Una situación que continúa llamando la atención entre las mismas instituciones y la sociedad en general, es la discrepancia que persiste entre las edades en las cuales quieren establecer a la adolescencia, algunos autores la establecen entre los 11 y 18 años, otros más, dividen esta etapa en diversos periodos, tal como los expone Serapio (2006).

Horrocks (citado en Serapio, 2006), distingue tres etapas en el desarrollo adolescente: la adolescencia temprana o preadolescencia (11 a 13 años), la adolescencia media (14 a 16 años) y la adolescencia tardía (17 a 20 años).

De manera similar Neistein y Brañas (citado en Serapio, 2006), desde una perspectiva evolutiva, clasifican esta etapa en primera adolescencia (10 a 14 años), adolescencia media (15 a 17 años) y adolescencia tardía (18 a 21 años).

Silber (citado en Serapio, 2006), señala que, aunque la pubertad comienza con cambios de tipo biológico, son los elementos psicológicos y sociales los que realmente moldean la vivencia del adolescente. De acuerdo con esto la adolescencia debe entenderse no sólo como una etapa definida por la edad, sino también por los procesos emocionales y las dinámicas sociales que la acompañan.

Ahora bien, instituciones mundialmente reconocidas como la OMS establecen que la adolescencia abarca de los 10 hasta los 19 años, mientras que se considera juventud al periodo que va de los 15 y 24 años de edad (Güemes et al., 2017).

Sin embargo, más allá de las etapas y periodos que delimitan la adolescencia, resulta fundamental que desde cualquier disciplina o campo de estudio se comprendan y analicen los cambios que surgen en cada fase de este proceso. Por ello, comenzaré describiendo los principales cambios físicos, ya que su comprensión permitirá abordar este tema de manera más clara y completa.

2.2.1. Desarrollo físico durante la adolescencia

Las transformaciones físicas tienen gran relevancia, ya que generan distintas emociones en los adolescentes, no representan un problema en sí mismos, sino que forman parte de un proceso que implica aceptación, adaptación y manejo personal. El desarrollo físico para algunos, es quizás, el más destacado de entre todos los cambios, porque acarrear preocupaciones, ira, vacío e inquietud sobre su imagen, para otros más es el comienzo de una aventura hacia lo nuevo y desconocido (Fernández, 2014).

El inicio de la adolescencia genera diversos cambios a lo largo y ancho de todo su trayecto, desde el incremento y posterior disminución del crecimiento, hasta cambios en la distribución corporal y la evolución de órganos y sistemas; para comprender de mejor manera cada uno de ellos, es conveniente especificar cómo en cada una de las tres etapas en la que se divide la adolescencia, se van generando los principales cambios físicos en el cuerpo.

Pero antes de iniciar, se tiene que especificar que el inicio y la progresión del crecimiento y desarrollo varían entre adolescentes, con una amplia variabilidad dentro de lo normal, por ejemplo, es común que las diferencias en el desarrollo de los órganos reproductores comiencen alrededor de los ocho años en la población femenina y de los nueve años en la masculina. En muchos casos, las niñas pueden tener su primera menstruación cerca de los 12 años, ya que, por lo general, ellas inician los cambios físicos uno o dos años antes que los varones.

En la adolescencia temprana se suele comenzar a crecer de manera muy rápida, es evidente el notar los cambios corporales en ambos sexos, estos cambios incluyen la reducción de grasa corporal, el desarrollo de vello en las axilas y en la zona genital, junto con la formación progresiva de los senos en mujeres y el crecimiento testicular en varones. Además, en ambos sexos el sudor adquiere un olor más intenso debido a la maduración de las glándulas sudoríparas. (Güemes et al., 2017).

Para la adolescencia media las transformaciones corporales que se originaron en la pubertad continúan a lo largo de esta lapso, en este tiempo es muy común que los varones comiencen un crecimiento repentino, incluyendo el cambio de voz conforme esta se va tornando más grave, ensanchamiento de espalda y hombros, así como las primeras producciones de semen, incluso es más común en ellos la aparición del acné; por otro lado, es muy probable que en las mujeres los cambios físicos ya estén casi finalizados y que la mayoría presente ciclos menstruales regulares. (Allen y Waterman, 2019).

En la última etapa de este proceso, por lo general, se completó totalmente el desarrollo en ambos sexos, ya son físicamente maduros, se alcanzó la altura

definitiva que tendrán como adultos, en mujeres, se ensancharon sus caderas y hay una notable formación en curvas; por su parte en varones se llega a un crecimiento del vello corporal, como lo es en brazos y piernas con un distinguido engrosamiento.

A esta edad, las personas presentan un mayor nivel de autocontrol y una capacidad más desarrollada para analizar los posibles riesgos y recompensas con mayor precisión, incluso algunos de ellos están más orientados hacia el futuro (Casas y Ceñal, 2005). Esto se va a evidenciar más notablemente en el siguiente punto, en el cual se habla del desarrollo psicosocial de la persona.

2.2.2. Características del desarrollo psicosocial en la adolescencia

Como hemos visto la adolescencia es una etapa caracterizada por profundos y significativos cambios en el ámbito biológico, así mismo se caracteriza por ser la etapa en la que hay un proceso de maduración psicológico y social, que concuerda con lo que muchos autores afirman es la finalización del último lapso de la adolescencia, pues al término de ésta, la persona debe llegar con una autonomía para poder vivir independientemente, o más bien en camino hacia ello, con la adopción de roles y responsabilidades que los lleven a vivir plenamente hacia la adultez.

Gaete (2015) destaca que este proceso psicosocial no ocurre de manera completamente lineal, pues existen variaciones en el momento en que las personas inician y concluyen la adolescencia, un ejemplo es en las diferencias significativas entre la manera en que razona un adolescente en etapa intermedia y la de un adulto. Esto se debe a que los lóbulos frontales —la región del cerebro encargada de funciones como la toma de decisiones, el control de los impulsos y la evaluación de las consecuencias— son las últimas áreas en completar su maduración.

Sin embargo, en lo que los autores sí coinciden es en la identificación de cuatro aspectos fundamentales del desarrollo psicosocial de la persona, los cuales son: adquirir “independencia familiar”, “tomar conciencia y aceptación de la imagen corporal”, “desarrollo de la identidad” y la “integración en el grupo y las relaciones

con amigos”. Para comprender cada uno de estos aspectos, es necesario dividirlos según las etapas de la adolescencia.

La “adquisición de la independencia familiar” es la etapa temprana, en ella la relación entre padres y adolescentes se hace difícil, se reduce la motivación para convivir y realizar actividades juntos, el comportamiento de los menores es tan inestable que por tal razón existe constantes confrontaciones; sin olvidar que tienen un “vacío emocional” y recelo que los hace no aceptar los consejos de sus padres.

Es en la adolescencia media, cuando estos conflictos alcanzan mayor intensidad antes de comenzar a disminuir. No obstante, mientras persisten las tensiones en el ámbito familiar, los adolescentes tienden a dedicar una parte significativa de su tiempo a la convivencia con sus pares; para el final de las etapas el individuo tiene una especie de “regreso al hogar”, en el que fortalecen los vínculos y comienza a valorar las orientaciones y principios transmitidos por su familia (Iglesias, 2013).

En el segundo punto del desarrollo psicosocial, denominado “aceptación del cuerpo”, es donde, las transformaciones propias del comienzo de la pubertad, se observan con extrañez, rechazo y preocupación, principalmente cuando existe un comparativo entre otros grupos de pares; de manera paralela, surge un interés creciente por la sexualidad.

Durante la etapa media se observa una mayor aceptación de la imagen corporal, aunque persisten ciertas inseguridades relacionadas con la apariencia física; en la etapa final, el adolescente ha asimilado y concluido la mayoría de los cambios, salvo en los casos en que se presenten determinadas anomalías que puedan mantener un desequilibrio en su desarrollo, como por ejemplo la insatisfacción con el propio cuerpo, preocupación excesiva por el peso o la apariencia física, evidentemente esto influye en la autoestima de la persona (Hidalgo y Ceñal, 2014).

Para el tercer punto del desarrollo psicosocial “desarrollo de la identidad”, en la fase precoz, se tiene una visión que en la realidad es poco probable que suceda,

o que en el momento de su formulación sea realizable, por ejemplo ser estrella de rock, futbolista profesional, etc., en este lapso, se tiene la necesidad de tener una mayor intimidad, emergen los famosos "diarios" y como es de esperarse rechazan totalmente la intervención y el apoyo de los padres, pues debemos recordar que es el lapso en el que tiene mayor dificultad en el control de impulsos.

Para la fase intermedia se logra una mayor capacidad intelectual y creativa, aunque a la inversa, surgen acciones que pueden llegar a sucumbir en conductas de riesgo, pues el sujeto se siente con una inmortalidad característica, que lo puede llevar a la realización de comportamientos arriesgados. Para la última parte la persona establece objetivos prácticos, realistas y comprometidos que lo llevan a proyectar un futuro con mayor autonomía (Iglesias, 2013).

La última fase, correspondiente a la "integración en el grupo de amigos", es de vital importancia, al igual que los vínculos sociales en cualquier etapa del desarrollo humano. Durante este periodo, el apego que hasta entonces se dirigía principalmente hacia los padres comienza a desplazarse hacia los pares, quienes adquieren una mayor influencia en la formación de opiniones, actitudes y conductas, incluso por encima de la influencia parental.

Esto puede suponer algo beneficioso si se dirige a actitudes positivas como el deporte y la lectura, pero un riesgo si se efectúa en lo negativo como lo es la ingesta de bebidas alcohólicas, el hábito tabáquico y otras drogas. En este momento del desarrollo se establecen relaciones emocionales significativas, frecuentemente dirigidas hacia el sexo opuesto.

Para la adolescencia media se acentúa aún más la relación de amigos, formando clubs de deportes y pandillas; influyen en los gustos y deseos de las mayorías, haciendo lo posible para poder adquirirlas como signos de identidad (tatuajes, forma de vestir, moda, piercing, etc.) y no está exento el desarrollo de conductas de riesgo. Finalmente, en la etapa tardía disminuye la relevancia de los grupos, dando paso al establecimiento de vínculos más cercanos con un número reducido de personas, o a la consolidación de relaciones de pareja (Hidalgo y Ceñal, 2014).

Otra manera de describir esta etapa del desarrollo psicosocial es la de Nahuatt y Suárez (2006), quienes definen a la adolescencia como una etapa de la vida marcada por el descubrimiento y las experiencias nuevas, es un momento en el que muchas vivencias se experimentan por primera vez, por ejemplo, comienzan a formarse vínculos afectivos fuera del círculo familiar, además el deseo de ser aceptado por la sociedad se convierte en algo de suma importancia, es decir el adolescente procura reducir la distancia con su entorno social, integrarse a los demás y desarrollar un sentido de pertenencia, con el objetivo de sentirse parte del grupo.

Además, durante esta etapa del desarrollo, los adolescentes suelen tener una comprensión limitada del riesgo asociado a su salud, a la posibilidad de enfermar o incluso de morir. Esto ocurre porque es habitual que experimenten una sensación de invulnerabilidad y una actitud de seguridad excesiva, rasgos que son propios de esta fase de la vida.

De este texto se puede concluir que los adolescentes constituyen un grupo de especial interés para la sp, no solo por su cantidad, sino también por su estado de salud, sus características, hábitos y comportamientos, los cuales pueden tener una repercusión significativa en su bienestar y estilo de vida futuros, particularmente en relación con el consumo de spa; de aquí la importancia de comprender desde sus diferentes tipos de desarrollos, saber vincularlos, y actuar ante los comportamientos arriesgados, principalmente en aquellos en donde está de por medio el consumo de dichas sustancias.

Ahora bien, como se señaló al inicio, este trabajo se centra en dos spa, que en nuestra sociedad se encuentran clasificadas como drogas legales y/o drogas blandas, estas son el alcohol y tabaco y aunque estas son catalogadas de esta forma generan un deterioro en los contextos personales, sociales y económicos de una persona, principalmente cuando se encuentra una etapa de vida plena y saludable.

Estadísticamente, estas son las primeras drogas consumidas en la sociedad y suelen considerarse la “puerta de entrada” hacia el uso de otras sustancias, su

uso presentan altos niveles de consumo y una amplia aceptación social, su disponibilidad legal, así como su normalización dentro de distintos contextos sociales, favorecen que su uso se inicie a edades tempranas.

Según datos de la OPS, más del 80 % de las personas usuarias de tabaco residen en países con ingresos bajos y medianos. A escala mundial, esta sustancia es responsable de más de ocho millones de defunciones anuales, de las cuales cerca de siete millones se atribuyen al consumo directo, mientras que el resto corresponde a personas expuestas de manera involuntaria al humo (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Pero ante todos estos datos, cabe preguntarse: ¿qué es exactamente el tabaco?

2.3. Tabaco

El tabaco se clasifica como una sustancia estimulante que actúa de manera directa sobre el SNC, su capacidad adictiva se debe principalmente a la nicotina, un compuesto que modifica los mecanismos cerebrales asociados a la sensación de recompensa, atención y regulación del estado de ánimo. Esta sustancia genera un alto potencial de dependencia, lo que explica que la persona experimente la necesidad de consumirla de manera constante. (Secretaría General de Sanidad, 2007).

Una vez que la nicotina entra en el organismo, se distribuye rápidamente gracias a su alta solubilidad tanto en agua como en lípidos. Al inhalarse, alcanza el cerebro en aproximadamente 10 segundos, esta sustancia produce dos efectos principales: a bajas concentraciones tiene un efecto estimulante, mientras que en concentraciones más altas ejerce un efecto inhibitorio.

Pero este no es el único compuesto dañino que tiene, ya que además de la nicotina se encuentran más de 4000 compuestos químicos entre los que destacan el alquitrán y el monóxido de carbono, que de igual forma ocasionan diversos problemas en el organismo (Secretaría General de Sanidad, 2007).

Otras de las sustancias que contiene el cigarro son aquellas catalogadas como "irritantes", los cuales actúan en bronquios y pulmón provocando una cantidad

excesiva de moco, que es difícil de expulsar, y como consecuencia el fumador tiene fuertes golpes de tos para intentar eliminarlo. Otros más son los cancerígenos que son los responsables de dicha enfermedad en diversas localizaciones (pulmón, laringe, cavidad bucal, etc.), hasta el momento se han identificado 69 componentes que lo propician (Asociación Española Contra el Cáncer, 2011).

El tabaquismo, comprendido como la dependencia hacia el uso de tabaco, constituye en la actualidad uno de los principales desafíos de sp a escala global, se reconoce como la principal causa prevenible de mortalidad, debido a que se estima que aproximadamente la mitad de quienes mantienen este hábito llegan a fallecer por enfermedades asociadas a su consumo. Su impacto no solo repercute en la salud individual, sino también en los sistemas sanitarios y en la economía, dado el elevado costo del tratamiento de las múltiples enfermedades que provoca.

Si las estadísticas y tendencias no cambian, se tiene considerado que, para el 2030 el tabaco provoca más de ocho millones de muertes anuales, teniendo énfasis en adolescentes, debido a la tendencia creciente de iniciar este hábito a edades cada vez más tempranas, tanto en hombres como en mujeres. (Rizo et al., 2018).

Esto ocurre porque el tabaco es una de las sustancias adictivas legales de más fácil acceso en nuestra sociedad, su presencia está tan normalizada que su uso se ha vuelto común y forma parte de hábitos cotidianos para muchas personas; existen varias formas de consumirlo, el proceso más repetido es el de fumar, aunque también existen otros procesos como masticar, vapear, aspirar, entre otros.

A pesar de la evidencia que vincula al tabaco con una alta toxicidad, su uso persiste de manera habitual y continúa siendo socialmente aceptado, incluso como un obsequio en “situaciones especiales”. Todavía hay quienes dudan que pueda ser el causante directo de enfermedades inesperadas, sin embargo, en las últimas décadas, su consumo ha tenido importantes repercusiones tanto en la salud como en la economía, no solo de quienes lo consumen, sino también de quienes están expuestos a su humo, conocidos como fumadores pasivos (Gallardo et al., 2004).

En la actualidad, se ha identificado una reducción en el uso de cigarrillos tradicionales entre los adolescentes; no obstante, de manera simultánea, ha incrementado notablemente el uso de cigarrillos electrónicos dentro de este mismo sector. Este cambio en los patrones de consumo no es accidental, sino que está estrechamente relacionado con las estrategias comerciales empleadas por las industrias tabacaleras, las cuales han adaptado y diversificado sus productos con el propósito de conservar su presencia en el mercado juvenil (Cruz et al., 2019).

Una de las razones por la cual ha tenido mucha eficacia esta nueva estrategia, es la creencia de que estos dispositivos son menos perjudiciales para la salud, sin embargo, es importante señalar que los cigarrillos electrónicos también suministran nicotina por vía inhalada, lo que genera adicción y, en muchos casos, puede convertirse en un primer acercamiento al uso del cigarrillo tradicional (Herrera y Corvalán, 2017).

Para comprender de mejor manera cómo se produce dicha dependencia a cierta sustancia adictiva, así como sus compuestos y demás datos del tabaco, debemos revisar, primero que nada, qué entendemos por aquellas condiciones o situaciones que exponen a ciertas personas al consumo precoz del tabaco, para eso revisaremos a detalle los factores ligados a dicha conducta.

2.3.1. Factores de riesgo del inicio del consumo de tabaco en la adolescencia

Debemos entender que, en los diversos contextos sociales, familiares, laborales, en donde diariamente convivimos y nos desarrollamos, no todos experimentamos las mismas sensaciones por igual, ya que existe evidencia, visto desde el tema de los factores, que incrementan la probabilidad de que algunas personas desarrollen ciertas afectaciones, por ejemplo, padecimientos y diversas causas de mortalidad.

Distintos autores señalan que la aparición de las enfermedades no ocurre al azar, y que aquellas personas que eran más susceptibles a los daños, tenían sus razones de presentarlas. Estas afirmaciones hacen referencia a los factores genéticos, ambientales y biológicos que, al actuar de manera conjunta o individual,

pueden incrementar la probabilidad de riesgo. Por lo general, este enfoque se centra en la causalidad de los factores individuales, dejando en segundo plano la influencia de los determinantes sociales y económicos.

Esta situación puede comprenderse de la siguiente manera: en toda sociedad existen comunidades, grupos, familias o individuos que presentan una mayor probabilidad - en comparación con otros-, de enfrentar en algún momento enfermedades, accidentes o incluso fallecimientos prematuros; a estos sectores se les reconoce como especialmente vulnerables.

La vulnerabilidad aparece cuando aparecen ciertos factores de origen genético, ambiental, biológico o psicosocial que, por separado o en conjunto, pueden desencadenar diferentes problemas.

A partir de ello surge el concepto de “riesgo”, entendido como la presencia de uno o varios factores que incrementan la posibilidad de experimentar consecuencias negativas. Así, el riesgo se define como la probabilidad estadística de que ocurra en el futuro un evento generalmente desfavorable (Pita et al., 1997).

De esta forma se tiene que decir que un fr es toda exposición, comportamiento o circunstancia que incrementa las probabilidades de sufrir algún accidente o problema de salud de manera individual o colectiva, muchos de ellos pueden ser no modificables (Marín, Hoyos y Sierra, 2019).

En relación al uso del cigarrillo, diversos factores pueden favorecer su inicio a una edad temprana, entre ellos se encuentran las normas sociales que lo permiten o normalizan, la fácil disponibilidad del producto, la influencia de la publicidad, ciertos aspectos psicológicos, la búsqueda de aceptación o interacción social, así como actitudes familiares poco claras o permisivas frente a su uso (Rizo et al., 2018).

Muñoz y Rodríguez (2014) señalan que, para comprender mejor cómo actúan los fr en la adolescencia, es necesario clasificarlos y categorizarlos en tres ámbitos: socioculturales, personales y ambientales. En este sentido, los factores que influyen

en el inicio temprano del consumo y la posible dependencia de los derivados del tabaco pueden agruparse en estas tres grandes categorías..

En primer lugar, los factores socioculturales, entre los que se encuentran la ausencia de uno de los padres, la falta de disciplina familiar, la limitada inclusión de los jóvenes en la toma de decisiones del hogar y la presencia frecuente de conflictos familiares. También influyen el hecho de convivir con padres o familiares fumadores, ya que la exposición constante al humo puede generar cierta dependencia y facilitar el inicio del consumo, así como otras condiciones como la situación económica del hogar, los patrones de consumo de los padres, el tipo de trabajo que desempeñan, su nivel educativo y los ingresos familiares.

En segundo lugar, se encuentran los factores personales, entre los cuales sobresale la baja autoestima, especialmente común en las primeras etapas de la adolescencia y relacionada con un mayor consumo entre las mujeres. También influyen la falta de actividad física, la percepción de un futuro con pocas oportunidades de éxito y una sensación de escasa realización personal.

La asistencia frecuente a fiestas suele generar un contexto de experimentación donde el consumo es repetido pero irregular, por ejemplo, el hecho de que los amigos, y en especial el mejor amigo, fumen, puede aumentar significativamente el riesgo, aunque este factor pierde fuerza a medida que el joven madura. Asimismo, la preocupación por la imagen, más marcada en las chicas, y el uso tabáquico como estrategia para afrontar el estrés o la ansiedad también contribuyen al inicio del consumo.

Por último, entre los factores ambientales se encuentra la influencia directa de la industria tabacalera, que mantiene un fuerte interés en captar nuevos consumidores, especialmente entre la población joven y las mujeres, diseñando estrategias que favorecen la adopción temprana del hábito de fumar.

Para Cruz et al., (2019) los fr para el uso de sustancias tabáquicas en la adolescencia están presentes en lo individual, familiar, escolar y social.

Entre los factores individuales que pueden influir en el uso de tabaco se encuentran la presencia de trastornos psiquiátricos, una personalidad débil o fácilmente influenciable, así como conductas agresivas o impulsivas. Asimismo, la falta de autocontrol, un temperamento difícil y una baja autoestima constituyen elementos de vulnerabilidad en los adolescentes.

Otros factores relevantes incluyen la soledad, la curiosidad o el deseo de experimentar, la carencia de información y capacitación respecto a los riesgos del tabaco, y la alta concurrencia a espacios donde su consumo es frecuente. También se destacan las limitadas estrategias para afrontar emociones negativas, la escasez de alternativas adecuadas para el tiempo libre, las deficiencias en la capacidad para tomar decisiones y resolver problemáticas, y las deficiencias en las habilidades de comunicación interpersonal.

En el ámbito familiar, la ingesta de productos tabáquicos por parte de padres, hermanos u otros integrantes representa un fr relevante. Asimismo, una comunicación deficiente y relaciones familiares poco funcionales pueden propiciar la adopción de conductas de consumo.

La disponibilidad y tolerancia hacia el tabaco en el núcleo familiar, la falta de información sobre sus riesgos, la ausencia de reglas bien delimitadas y la escasa supervisión en padres también influyen en el riesgo de iniciar o sostener la conducta de consumo.

En el ámbito escolar, la flexibilidad al consumo de cigarrillos, su disponibilidad y la presencia de maestros y/o compañeros fumadores actúan como factores de influencia.

La carencia de programas informativos y de orientación sobre los daños del tabaco, en combinación con el bajo desempeño académico, el ausentismo y la deserción escolar, elevan el nivel de vulnerabilidad en la población estudiantil. Asimismo, la presión de pares para fumar y la falta de espacios recreativos saludables dentro de las instituciones educativas refuerzan el riesgo de consumo.

Socialmente la desinformación sobre los riesgos del tabaco y el normalizar su consumo contribuyen a su aceptación y mantenimiento, la presencia de publicidad en medios de comunicación, la insuficiente reglamentación y supervisión del cumplimiento de las leyes relacionadas con su venta y consumo, así como los intereses económicos de las empresas tabacaleras, representan factores estructurales que problematizan aún más la situación.

Otro fr que influye fuertemente en el primer consumo de cigarrillos a estas edades se encuentra a cargo de la industria y comercialización del tabaco, que está en manos de las empresas transnacionales, de tal manera que, es bien conocido que, en México, se le puede vender tabaco por unidad o cajetilla al adolescente, más que en cualquier otro país latinoamericano.

Asimismo, estas compañías suelen involucrarse en diversas actividades públicas, patrocinando eventos deportivos, como torneos de fútbol, carreras de autos o competencias, además de participar en festivales culturales y conciertos musicales. Tales acciones tienen el claro propósito de fomentar el consumo entre los adolescentes, quienes resultan nuevamente influenciados por las estrategias publicitarias de las compañías tabacaleras (Nahuatt y Suárez, 2006).

Al observar cada uno de estos fr, se tiene que especificar que cada uno de ellos actúan de manera personal para el desencadenamiento de la ingesta de drogas, lo cual constituye una vulnerabilidad para el adolescente, que, si bien influye directamente sobre él, no puede considerarse como un factor exclusivo; por ello, resulta más adecuado abordarlo en términos de probabilidad y no de determinismo, viéndolos, no de forma aislada, sino en su conjunto.

Por ejemplo, al analizar los fr, se observa que cuando los adolescentes experimentan el consumo de ciertas drogas, los argumentos que surgen a partir de estas experiencias suelen ser muy similares entre sí, lo que indica que su aparición no es casual. Entre los más comunes encontramos: las compañías, presión de amigos, moda, aburrimiento, estrés, depresión, entre otros factores que los hacen más vulnerables que en cualquier otra etapa de la vida.

Incluso los estudios confirman que dichos ejemplos se aprenden en casa, con tíos, padres, primos que fuman o beben alcohol, por tanto, muchos de ellos buscan ese primer acercamiento por la curiosidad de ver que se siente, aunque a partir de ese contacto se tiene el riesgo de mantener un consumo riesgoso frecuentemente.

Esto se refuerza con lo que mencionan Rojas et al., (2013) el uso de drogas en los adolescentes puede comenzar por distintos motivos, entre ellos la curiosidad, la imitación de otros, la sensación de invulnerabilidad, la rebeldía o el deseo de afirmar su independencia, este comportamiento se origina en contextos familiares problemáticos que afectan su desarrollo, como la disfunción familiar, la presencia de problemas de salud mental o antecedentes de adicciones en su entorno cercano. Estas circunstancias pueden tener un impacto directo en su vida académica, manifestándose en bajo rendimiento, fracaso escolar o incluso abandono de los estudios.

De este modo, la combinación de todos estos factores hace que muchos adolescentes, al enfrentar una lucha interna con sus emociones, sentimientos y desafíos, no consigan gestionar de manera adecuada y positiva sus inquietudes y transformaciones. Como resultado, encuentran en la ingesta de drogas una aparente vía de escape a su angustia o desesperación, ya que los efectos de estas sustancias les brindan un alivio artificial frente a sus tensiones. Así, el adolescente aprende a huir de la realidad recurriendo a soluciones falsas e ilusorias.

Por último, se tiene que decir que los fr cambian conforme pasa el tiempo, y que, a pesar de las similitudes con ciertas personas, estos son diferentes entre población y población, individuo e individuo e incluso en un mismo individuo en diferentes momentos de su ciclo de vida (Cheesman y Suárez, 2014).

Además de las circunstancias que incrementan la exposición de los adolescentes a situaciones de riesgo, también se presenta una carencia de información adecuada, la cual en muchos casos se origina dentro de los círculos cercanos de convivencia. Esta información errónea o distorsionada puede influir en la toma de decisiones, favoreciendo la aceptación de las primeras invitaciones al

consumo de sustancias psicoactivas, o bien poner en duda las verdades, daños y consecuencias que las rodean, dando inicio a los que conocemos como mito y que son un punto fundamental para esos primeros acercamientos.

De esta forma un mito puede definirse como una creencia a la que se le otorgan cualidades o virtudes que en realidad no posee, o bien como una representación distorsionada de una realidad inexistente. En relación con el tabaco, circulan múltiples ideas y creencias que se han ido instalando en la percepción social. Entre ellas se encuentran las siguientes según Saa et al., (2022):

“El tabaco no genera adicción, dado que cualquiera puede dejar de fumar cuando quiera.”, esta afirmación es falsa y suele usarse más como una justificación para mantener el hábito; además, todo cigarrillo genera dependencia física y psicológica, incluso cuando su uso es ocasional.

“Fumo porque cuando ando tenso o distraído, siento que así me tranquilizo.”, sin embargo, la evidencia científica señala que la nicotina actúa como una sustancia estimulante y no como un agente relajante, por lo cual esta idea es falsa. Puede ser posible que en el momento exista un alivio, pero este se produce por la reducción del síndrome de abstinencia.

En cuanto a la creencia: “Ya es tarde para dejar de fumar y que no merece la pena intentarlo.”, Saa et al., (2022) señalan que nunca es tarde para abandonar el hábito, ya que, sin importar el tiempo que se haya fumado, siempre se experimentan beneficios positivos en la salud, el bienestar físico, psíquico y económico.

La Asociación Española contra el Cáncer (2011) menciona varios mitos frecuentes sobre el uso de sustancias tabáquicas. Uno de ellos es la creencia: “Hay muchas cosas peores que el tabaco.”, esta idea es falsa, ya que el tabaco constituye la principal causa de muerte prevenible en los países industrializados, y es responsable de cerca de la mitad de las muertes entre las personas fumadoras, como consecuencia de enfermedades asociadas a su uso.

Otro mito común es la percepción: “A mí no me parece que sea tan perjudicial como lo pintan.”, aunque inicialmente el fumador pueda no percibir los efectos negativos, el daño al organismo se está produciendo desde el primer cigarrillo, por ejemplo, por medio de la elevación de la tensión arterial y la frecuencia del corazón.

También existe la creencia: “Los cigarrillos “light.” son menos dañinos.”, sin embargo, los cigarrillos con bajo contenido de nicotina y alquitrán poseen los mismos componentes tóxicos que los cigarrillos convencionales y, en consecuencia, también presentan un potencial cancerígeno.

La idea: “Para mí, fumar no es lo mismo que consumir drogas.”, es incorrecta, una droga se define por su capacidad de generar dependencia tanto física como psicológica, así como por la aparición de un síndrome de abstinencia ante la interrupción de su uso; el tabaco cumple con todas estas características. De igual manera, existe la creencia de que el humo del tabaco sólo afecta los ojos y la garganta del fumador pasivo, sin embargo, esta afirmación es falsa, ya que las personas expuestas al humo presentan riesgo de desarrollar las mismas enfermedades asociadas al consumo, situación que resulta especialmente grave en el caso de los niños.

Existe también la creencia: “Si solo fumas menos de cinco cigarrillos al día, realmente no eres fumador.”, no obstante, esta afirmación es incorrecta, ya que incluso con el consumo de un solo cigarrillo al día existe riesgo de daño y de desarrollar dependencia.

Complementando estas ideas, Córdoba y Samitier (2008) agregan el siguiente: “los medicamentos para dejar de fumar no son eficaces, por lo que no es bueno intentarlo”, esta afirmación es falsa, ya que existen diversos tratamientos comerciales, como parches, chicles y comprimidos de nicotina, que alivian parcialmente la necesidad de esta sustancia sin generar dependencia en las dosis y formas de administración adecuadas.

Otro mito que cuestionan Saa et al., (2022) es: “el tabaco aumenta el rendimiento intelectual”, por el contrario, está comprobado que el uso continuado de

tabaco genera consecuencias negativas sobre la rapidez y claridad en las habilidades cognitivas, reduciendo el coeficiente intelectual e impactando negativamente la memoria y las habilidades para resolver problemas.

Finalmente, se cuestiona: “si es tan malo, ¿por qué no se prohíbe?”, aunque esta idea puede parecer lógica, el problema del tabaco no solo radica en su consumo, sino en su producción, la cual tiene un impacto económico considerable. Entre 1950 y 2050, se estima que los cigarrillos causarán más de 500 millones de víctimas en todo el mundo.

Ahora bien, para descubrir los efectos que involucran a todos estos factores de riesgo, sumando los mitos ya trabajados, veremos cómo nuestra sociedad, en especial la adolescencia sucumbe antes estos factores y propicia los primeros consumos, para eso trabajaré a continuación lo que las estadísticas nos dicen es la edad de inicio del uso de tabaco en la Ciudad de México (CDMX).

2.3.2. Edad de inicio del consumo de tabaco en nuestra sociedad

No se sabe con precisión cuál es el motivo que puede orillar al adolescente a sus primeros consumos de tabaco en nuestra sociedad, como lo pudimos ver anteriormente, existen infinidad de factores que interactúan en la persona y lo incitan a desarrollar estos hábitos, algunos autores más allá de mencionarlos, describen simples razones por las cuales dan explicación a estas interacciones.

Una de las razones más comunes para comenzar es la idea de que al hacerlo facilita la aceptación dentro del grupo de amigos, genera admiración en la pareja o brinda mayor seguridad personal. La atención excesiva a la imagen personal y la creencia de que el cigarro otorga una sensación de identidad o seguridad constituyen percepciones poco fundamentadas.

Uno más de ellos es la industria tabacalera, pues ha visto a este grupo etario como su población objetivo destinando billones de dólares anualmente al marketing de sus productos y difundiendo mensajes que normalizan y hacen atractivo su uso entre los adolescentes, lo que pone en evidencia a través de los resultados que sus estrategias siguen ganando poco a poco terreno (Herrera y Corvalán, 2017).

Es probable que existan muchas otras causas que expliquen por qué, según distintos autores, los adolescentes comienzan a fumar. Sin embargo, la mayoría de los especialistas concuerda en que el inicio y la permanencia de sustancias tabáquicas siguen un patrón similar al de otras adicciones: el primer contacto suele darse en el entorno social, mientras que su consolidación está influida por factores biológicos y psicológicos propios de cada individuo.

En las naciones desarrolladas, los productos del tabaco suele ser la primera droga adictiva a la que tienen acceso muchos niños y adolescentes. Los estudios señalan que la mayoría de los individuos que llegan a fumar comienzan durante estos años, lo que convierte a la adolescencia en un periodo decisivo para su inicio (Serrano y Rojo, 2004).

Pero para dimensionar de mejor manera estos datos detallaremos con información aún más exhaustiva, como la presentada en la justificación de este trabajo, en la cual presentaré la edad del inicio del consumo de tabaco en nuestra sociedad a nivel nacional y estatal con un panorama en los adolescentes y adultos.

Para tener más evidencia de los resultados históricos a nivel nacional, la ENCODAT 2014 mostró que el 30.4 % de los estudiantes había probado el tabaco alguna vez, los resultados también revelaron una mayor incidencia entre la población masculina (34 %) que en la femenina (26.8 %), además, dentro de este grupo, la mayoría señaló que comenzó a fumar entre los 13 y 14 años, etapa en la que se concentró el 37.7 % de los casos. (ENCODE, 2015).

Según los resultados generales de la ENCODAT 2016-2017, en México el 4.9 % de los adolescentes de entre 12 y 17 años son fumadores actuales. Esto equivale aproximadamente a 684 mil jóvenes, además, el promedio de edad al comenzar a fumar de manera diaria es de 14.3 años, una tendencia que prácticamente no presenta diferencias entre la población masculina y femenina.

Del total de la población comprendida entre los 12 y 65 años, el 17.6 % es consumidor de tabaco de manera actual, lo que representa aproximadamente 14.9 millones de personas, de ese total, 3 millones 812 mil son población femenina y 11

millones 78 mil es masculina. Asimismo, la edad media de inicio del consumo diario difiere entre sexos: en las mujeres comienza alrededor de los 21.0 años, mientras que en los hombres la media es de 18.8 años, lo que en conjunto da un promedio general de 19.3 años (ENCODAT, 2016).

En cuanto a los datos reportados para la CDMX, la encuesta señala que, durante esos años, la población de entre 12 y 65 años ascendía a 6.7 millones de personas. De este grupo, aproximadamente 1.9 millones eran fumadores actuales. En términos porcentuales, el 27.8 % de la población capitalina consumía tabaco, con una prevalencia del 18.7 % en mujeres y del 37.8 % en hombres. (ENCODAT, 2016).

Por su parte la Encuesta sobre Riesgo y Protección para el Consumo de Drogas en Adolescentes realizada en 2020, con la colaboración del grupo etario de 12 a 17 años de edad, hecha únicamente en 10 estados del país, donde CDMX fue uno de ellos, presenta que, el inicio de consumo de tabaco fue entre los 13 y 14 años de edad, muy similar al de los restantes estados participantes (MUCD, 2020).

Es importante señalar que en la encuesta más reciente que pudo haber indicado esta categoría (ENCODAT 2025), no se reporta de manera específica la edad promedio de inicio del consumo de tabaco en la población de 12 a 17 años. Esta ausencia se debe a que el informe prioriza la presentación de indicadores de prevalencia (alguna vez, último año y último mes) y no desglosa el dato de inicio por grupos etarios particulares, como en levantamientos anteriores.

Ahora bien, al buscar opciones que presentaran un panorama similar y que intentaran revelar este dato en la actualidad, se consideró la información proporcionada por los CIJ, ya que en su primer semestre de 2023 hicieron un corte de las personas que ingresaron a dicha institución en busca de sus servicios a nivel nacional, estos datos corresponden únicamente a las dos spa trabajadas (alcohol y tabaco).

De las 5,484 personas atendidas, 927 mencionaron ser únicamente consumidoras de tabaco, de este número 43.8% eran hombres y 56.2% mujeres;

dichos pacientes mencionaron iniciar el uso de esta sustancia en promedio a los 16.0% años. Del número presentado inicialmente 1,956 reportó el uso de ambas sustancias, 47.1% hombres y 52.9% mujeres, los usuarios mencionaron haber iniciado prácticamente a la misma edad el consumo de tabaco (17.0% años) y (16.7 años) en alcohol (Centros de Integración Juvenil, A.C., 2023).

A partir de los datos presentados, se puede concluir que el inicio de la ingesta de cigarrillos en México ocurre predominantemente durante la adolescencia temprana y media, y que esta tendencia se ha mantenido relativamente constante a lo largo de los años. Desde 2014 se observa que una proporción considerable de estudiantes ya había probado el tabaco, concentrándose el inicio principalmente entre los 13 y 14 años. Esta misma edad de inicio se reafirma en estudios posteriores realizados en población adolescente, lo que indica que el primer contacto con esta sustancia se sitúa de manera reiterada en esa etapa escolar.

Los resultados de 2016-2017 muestran que el consumo actual en adolescentes continúa presente y que el inicio diario ocurre alrededor de los 14 años, sin diferencias significativas entre masculinos y femeninos en ese grupo de edad. En la población general (12 a 65 años), la edad media de inicio diario se ubica alrededor de los 19 años; sin embargo, al analizar por sexo, los hombres comienzan en promedio a edades más tempranas que las mujeres. A nivel local, como en la CDMX, las prevalencias son incluso mayores que el promedio nacional, lo que refuerza la importancia del contexto regional.

Estudios más recientes, como la encuesta aplicada en 2020 en adolescentes de 12 a 17 años y los registros de atención de los CIJ en 2023, continúan situando el inicio del consumo entre los 13 y 17 años, confirmando que la adolescencia sigue siendo el periodo crítico. Aunque la ENCODAT 2025 no reporta de manera específica la edad de inicio para este grupo etario, la evidencia histórica y los datos institucionales disponibles permiten afirmar que el patrón general no ha mostrado cambios sustanciales.

En conjunto, estos hallazgos evidencian que el inicio del consumo de tabaco persiste en edades tempranas, con ligeras variaciones entre hombres y mujeres,

pero sin modificaciones significativas en la última década. Esto subraya la necesidad de fortalecer las estrategias preventivas dirigidas específicamente a la población adolescente, etapa en la que se consolida el riesgo de desarrollar un consumo habitual.

Es importante destacar que estos datos corresponden a un periodo determinado y se basan en un promedio general. Aunque en algunos casos estas situaciones pueden presentarse a edades más tempranas, resulta fundamental tener claridad sobre estas cifras, ya que a partir de ellas se diseñan e implementan estrategias orientadas a generar mayor conciencia respecto a su consumo. A fin de profundizar en el estudio del tema, es fundamental describir los efectos que esta sustancia ocasiona en el organismo; por lo tanto, el siguiente apartado se centrará en ello.

2.3.3. Efectos del consumo en el cuerpo

El consumo de tabaco representa una de las principales causas del desarrollo de enfermedades pulmonares crónicas, cardiovasculares y cancerígenas, por lo que se reconoce como el factor de riesgo prevenible más relevante asociado tanto a la enfermedad como a la muerte prematura a nivel mundial.

Davia et al., (2022) mencionan que, durante el uso de tabaco, se consumen miles de productos tóxicos que se absorben rápidamente en el torrente sanguíneo, lugar en donde actúa la nicotina estimulando ciertas glándulas que liberan la hormona epinefrina (adrenalina), esta sustancia estimula el sistema nervioso, incrementando la presión arterial, la frecuencia respiratoria y el ritmo cardíaco. Además, la nicotina, al igual que otras drogas ilegales, eleva los niveles de dopamina en el cerebro, un neurotransmisor que activa ciertos mecanismos cerebrales, que son conocidos como los circuitos de recompensa, pues hacen que tendamos una y otra vez a repetir el consumo del producto.

Cada vez que se inhala el humo del tabaco, el organismo recibe más de siete mil compuestos químicos, entre ellos alquitrán, monóxido de carbono, amoníaco y cianuro, al menos 70 de estas sustancias tienen la capacidad de causar diversos tipos de cáncer. Cuando una persona fuma o utiliza dispositivos para vapear, la nicotina llega rápidamente al torrente sanguíneo, se distribuye por el cuerpo y alcanza el cerebro en menos de diez segundos.

Al igual que otras sustancias capaces de generar dependencia, la nicotina activa los circuitos cerebrales asociados con la sensación de placer. Sin embargo, estos efectos son de corta duración, lo que impulsa a seguir consumiendo para prolongar esa sensación agradable y evitar los malestares propios de la abstinencia. (Cruz et al., 2019).

Además de esos efectos neurobiológicos, la nicotina produce efectos directos en todo el organismo, ya que estimula las glándulas adrenales, generando una liberación de adrenalina tras su consumo. Esto provoca una sensación inicial de activación en el cuerpo, acompañada de una liberación repentina de glucosa, así como un aumento en el ritmo respiratorio, la tensión arterial y la frecuencia cardíaca.

Es relevante mencionar que la mayor parte de la nicotina se metabolizará en el hígado y solamente siete por ciento se excretará por la vía renal; su tiempo de eliminación es de alrededor de dos horas, aunque puede llegar a oscilar entre una y cuatro horas (Arellanez, 2014).

La nicotina actúa sobre SNC y el periférico, y la forma en que se introduce en el organismo varía según el método de consumo. Cuando se fuma un cigarrillo, la absorción ocurre principalmente en los pulmones, lo que provoca una mayor exposición tóxica a nivel general y una menor concentración en zonas específicas.

Se estima que cigarrillo contiene de 0.5 a 1 mg de nicotina, de ahí un 25% de este producto llegará al cerebro a las 8 o 10 segundos, posteriormente se someterá a un metabolismo hepático, como se mencionó anteriormente, y de ahí actúa como reforzador positivo, favoreciendo que su consumo se repita en un corto plazo.

La nicotina en la actualidad se encuentra como una de las sustancias más adictivas conocidas, incluso semejantes a la heroína, cocaína y el alcohol, un gran número de personas tras su consumo desarrollaran dependencia a la misma (Pérez et al., 2007).

La forma de absorción de la nicotina varía según el tipo de consumo, cuando se fuma un cigarrillo, esta sustancia ingresa al organismo principalmente a través de los pulmones, lo que provoca un impacto tóxico más amplio en el cuerpo y menor afectación localizada. Por el contrario, cuando se utiliza pipa, puro o tabaco de mascar, la absorción se realiza a través de las mucosas de la boca y la nariz, generando una toxicidad más concentrada en esas áreas específicas (Herrera y Corvalán, 2017).

Debido a las estrategias empleadas por los fabricantes, al inicio fumar puede resultar bastante gratificante; sin embargo, cuando se convierte en una adicción, las personas comienzan a experimentar sus efectos negativos. A futuro, estos efectos pueden transformarse en graves amenazas para la salud. Por esta razón, el tabaquismo es una de las adicciones más resistentes al tratamiento; para comenzar este tema describiremos algunos de sus problemas más graves.

2.3.4. Consecuencias físicas, biológicas y sociales del consumo del tabaco

El uso excesivo de productos tabáquicos, catalogado como una adicción voluntaria de alto riesgo, resulta muy difícil de dejar y controlar, ya que se integra a la rutina diaria de la persona. Aunque sabe el daño que causa, no percibe que ese breve momento de placer pasajero le está provocando daños irreversibles en la mayoría de sus órganos, lo que da lugar a múltiples enfermedades crónicas y degenerativas, muchas de las cuales pueden conducir a una muerte prematura (Nahuatt y Suárez, 2006).

El consumo continuo de tabaco genera consecuencias que van mucho más allá del aumento de la frecuencia cardíaca, la constricción de los vasos sanguíneos o el incremento de la presión arterial. A futuro, puede producir daños significativos en el sistema respiratorio, como bronquitis crónica, asma y enfisema, asimismo,

incrementa el riesgo de padecer enfermedades del corazón, entre ellas la insuficiencia coronaria, que implica una disminución del flujo sanguíneo que puede derivar en un infarto.

Entre los problemas asociados se encuentran el cáncer de pulmón, boca, garganta, laringe, esófago, estómago, páncreas, riñón y vejiga; también padecimientos cerebrovasculares como los accidentes cerebrovasculares; trastornos circulatorios e hipertensión arterial; sequedad en la piel, aparición prematura de arrugas y pérdida de dientes; disfunción eréctil; así como molestias relacionadas con la menstruación, menopausia precoz, y en algunos casos, infertilidad o dificultades para concebir, por nombrar solo algunos.

La evidencia científica muestra que el uso de sustancias tabáquicas aumenta el riesgo de infertilidad, embarazo ectópico y abortos espontáneos. En mujeres embarazadas, su uso puede provocar nacimientos prematuros y bajo peso al nacer; en casos graves, muerte fetal o perinatal, diversos estudios señalan que los bebés de madres fumadoras presentan, en promedio, entre 200 y 250 gramos menos al nacer que aquellos cuyas madres no fuman.

La lactancia materna suele prolongarse menos tiempo en mujeres que consumen tabaco, quienes también pueden producir una menor cantidad de leche en contraste con las que no fuman, finalmente, la ingesta de tabaco se relaciona a una menopausia prematura y a la osteoporosis (Arellanez, 2014).

Además de las enfermedades previamente señaladas, la dependencia del tabaco provoca una serie de síntomas que pueden aparecer pocos años después de iniciar el hábito. Entre ellos se encuentran la fatiga, la disminución del apetito, una mayor vulnerabilidad a la amigdalitis, alteraciones en el ritmo cardíaco, resfriados más frecuentes, amarillamiento de los dedos y dientes, así como tos y expectoración constantes (Gallardo et al., 2014).

De esta forma logramos observar que, al fumar se elevan las probabilidades de padecer muchas enfermedades afectando la salud de quien fuma como la de las personas a su alrededor, los daños pueden manifestarse en el temprano y largo

plazo, presentándose síntomas cuando ya es demasiado tarde y existe el deterioro en la calidad de vida de la persona y la de su familia (Lugones et al., 2006).

Un aspecto clave a destacar es que la exposición temprana al tabaco es un indicador importante del desarrollo de diversos problemas. Cuanto antes una persona comienza a fumar, mayor es la probabilidad de que se convierta en un fumador habitual, desarrolle adicción y padezca los efectos adversos a largo plazo vinculados a este hábito.

Una vez conocido y analizado estos datos pasaremos al alcohol, una de las drogas legales que mayor consumo refleja en nuestra sociedad y que por consecuencia se ha convertido en un problema grave de sp, con un impacto notable en esta población.

2.4. Alcohol

El alcohol, etanol o bebida alcohólica destilada, es considerado una droga legal, cuyos efectos farmacológicos están categorizados como depresores del SNC, se trata de la problemática que más se ha extendido en todo nuestro país, dejando graves consecuencias sociales que van mucho más allá de violencia e inseguridad.

En la actualidad, el abuso de este producto representa un problema creciente y preocupante en el ámbito de la salud pública, lo que resalta la importancia de atender esta situación desde etapas tempranas, especialmente durante la adolescencia, ya que se ha identificado que su consumo genera consecuencias nocivas inmediatas y, además, incrementa la probabilidad de desarrollar abuso y dependencia.

Es una sustancia inflamable que se produce a través de la fermentación natural o mediante la destilación; la primera de ellas se realiza a partir de la transformación de azúcares, mientras que las bebidas destiladas pasan por un proceso artificial que incrementa la concentración de alcohol puro en una bebida ya fermentada.

Es importante destacar que el grado alcohólico, indicado en la etiqueta, refleja el porcentaje de alcohol presente en la bebida; sin embargo, el efecto del

consumo no solo depende de este porcentaje, sino también del volumen ingerido y del ritmo de consumo.

El alcohol etílico, se obtiene mediante la fermentación de los azúcares presentes en diversas frutas y granos. Cuando estas bebidas se someten a un proceso de destilación, tras la fermentación, se convierten en bebidas con una concentración alcohólica más alta.

Aunque las bebidas fermentadas, como la cerveza, el vino o el pulque, contienen menos alcohol que las destiladas, como el tequila, brandy, ron o whiskey, sus efectos en el organismo pueden ser equivalentes si se ingieren en proporciones similares (Cruz et al., 2019).

El término “alcohol” se usa específicamente para referirse al alcohol etílico o etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$), que es un líquido transparente, sin color, volátil, inflamable y totalmente soluble en agua, además de mezclarse fácilmente con sustancias como el cloroformo y el éter. Su capacidad para disolverse en grasas es aproximadamente 30 veces menor que su capacidad para disolverse en agua. En cuanto a su aporte energético, cada gramo de alcohol proporciona 7.1 Kcal, aunque esta energía no viene acompañada de nutrientes esenciales como vitaminas, proteínas o minerales (Moya et al., 2007).

La ingesta de alcohol puede cuantificarse de dos formas: por la cantidad de grados de alcohol ingeridos o por el número de “bebidas estándar”, según la OMS, una bebida estándar aporta cerca de 10 gramos de alcohol, cantidad equivalente a la presente en una lata de cerveza de 330 ml al 5 %, una copa de vino de 140 ml al 12 % o un trago de licor destilado de 40 ml al 40 % (Ahumada et al., 2017).

En una clasificación vista clínicamente, la cantidad y la frecuencia de la ingesta no son determinantes, pero sí, de las manifestaciones clínicas que presenta la persona, estas se dividen en tres criterios: bebedor no problemático, consumo problemático y consumo perjudicial.

Antes de describir cada una de ellas es importante mencionar que, al hablar de bebedor normal, este no significa que sea traducido como algo razonable, ni

mucho menos benéfico, pero sí es importante distinguir los distintos tipos; en el bebedor no problemático se destacan los siguientes aspectos: ser mayor de 18 años; en las mujeres, no encontrarse embarazada ni en periodo de lactancia; no padecer enfermedades que puedan agravarse con su ingesta de etanol; no depender de esta sustancia para mejorar el estado de ánimo; mantener una buena alimentación; consumir únicamente bebidas autorizadas por las autoridades sanitarias; y no presentar conflictos familiares o laborales derivados de su uso..

Se considera consumo problemático cuando la persona ha experimentado algún inconveniente relacionado con el alcohol, como conducir bajo sus efectos o enfrentar complicaciones médicas, familiares o de comportamiento. Por su parte, el consumo perjudicial ocurre cuando, sin importar la cantidad ingerida, el alcohol provoca efectos físicos y/o psicológicos negativos en la persona (Moya, et al., 2007).

Hoy en día las estadísticas nos muestran que la ingesta de etanol entre mujeres ha aumentado y se ha mantenido en las últimas décadas, algunas de las posibles razones las han atribuido a la pandemia por COVID-19, otras más por la carga de tareas amplias que las lleva a un estrés y ansiedad, e incluso al marketing que se encuentra actualmente dirigido especialmente a este grupo poblacional.

Durante largo tiempo, el uso de bebidas alcohólicas se vinculó principalmente con varones; esto no implicaba que las mujeres no bebieran, sino que su patrón de consumo era menor y, en muchos casos, más discreto; en la actualidad, las encuestas muestran que la diferencia entre ambos, se ha reducido. Este incremento en el consumo femenino se ha vinculado a transformaciones en los roles tradicionales y en la posición social de las mujeres, a medida que ellas asumen responsabilidades y funciones que antes se atribuían mayormente a los hombres, sus patrones de consumo también tienden a equipararse (Ahumada et al., 2017).

Y para profundizar más en estos datos que muestran las estadísticas y argumentan y justifican diversos autores, pasaré a mencionar los factores que influyen en los adolescentes para que inicien el uso de bebidas étlicas en nuestra sociedad, observando si existe cierta similitud en los del tabaco.

2.4.1. Factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol en la adolescencia

La mayoría de las personas inicia la ingesta de bebidas alcohólicas durante la adolescencia temprana, un periodo crítico en el que se enfrentan a diversas dificultades. En esta fase se presentan transiciones propias del desarrollo, como dejar la seguridad del hogar y la familia para ingresar al ámbito escolar, donde se enfrentan a nuevos desafíos sociales y psicológicos. Esta situación puede llevar al adolescente a desarrollar conductas de riesgo, debido a la falta de experiencia, la creencia de que no les pasará nada y el impulso de experimentar nuevas conductas (Ahumada et al., 2017).

Cuando estas conductas de riesgo se vuelven habituales en la vida cotidiana de un adolescente, pueden contribuir, entre otros problemas, al inicio del uso de spa. A esto se le denomina factor de riesgo (fr), entendido como cualquier “característica personal, situación específica o condición del entorno que aumenta la posibilidad de que una persona use o abuse de drogas” (Ahumada, 2017).

Para Roldan et al., (2021) los fr desempeñan un papel clave en el comienzo y repetición del consumo de drogas en ciertos grupos de adolescentes, por ejemplo, aquellos que viven en barrios marginales, donde las drogas están fácilmente disponibles u observan su consumo por parte de otras personas, ya sea en el entorno familiar, entre amigos o compañeros de escuela, pueden llegar a percibir las drogas como algo normal, debido a la exposición que han tenido desde temprana edad.

Al igual que, como lo pudimos ver con el tabaco, el uso de alcohol también genera entre los adolescentes una gran preocupación por tener evidencia de que sus primeros consumos pueden conducir a otras drogas más peligrosas. En los adolescentes, varios factores pueden aumentar la probabilidad de consumir alcohol.

Entre ellos se encuentran la influencia del grupo de amigos, una baja autoestima, que incluye percepciones negativas sobre sí mismos y sobre sus capacidades, conflictos o rupturas familiares, el deseo creciente de independencia,

la resistencia a las normas o cuidados de los adultos, situaciones de estrés y los cambios propios de esta etapa del desarrollo (Musayon et al., 2005).

Para este autor, los fr influyen directamente en la decisión del adolescente de comenzar a ingerir spa, para explicarlo mejor los organiza en cinco categorías: personales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales o sociales.

Factores personales: Abarcan características propias del individuo, como el aislamiento, la edad, el estrés, la necesidad de vivir experiencias nuevas, tendencias antisociales, inseguridad, condiciones de salud física y mental, creencias y expectativas en torno a las drogas, baja satisfacción con la propia vida y una actitud desinteresada o apática.

Factores familiares: Se refieren a situaciones presentes en el entorno familiar, como el maltrato, los constantes conflictos en el hogar, la existencia de padres o familiares consumidores y tolerantes con el uso de sustancias, la falta de normas y disciplina, la frustración o desorganización familiar, la escasa comunicación entre sus integrantes, el desinterés en la formación de los hijos, conflictos frecuentes con los hermanos, una educación con escasas muestras de afecto y la inexistencia de tareas asignadas en el hogar.

Factores psicológicos: Se relacionan con la necesidad de autoafirmación, la inseguridad, la dependencia emocional, estilos de afrontamiento poco efectivos, baja valoración personal, ansiedad, depresión, dificultades conductuales, escaso autocontrol y reducción de las habilidades sociales y emocionales.

Factores escolares: Incluyen la disponibilidad de bebidas alcohólicas en el ámbito escolar, la competitividad, el aislamiento del grupo, la falta de comunicación entre docentes y alumnos, comportamientos inapropiados, bajo desempeño académico, fracaso escolar, influencia de compañeros con hábitos negativos, lo que conlleva al abandono y deserción del contexto escolar.

Factores ambientales o sociales: Comprenden el marco legal y normativo favorable al consumo, el fácil acceso al alcohol, la influencia de amigos

consumidores, la marginación social, la delincuencia y la exposición a la publicidad (Ahumada et al., 2017).

Para entender los fr que actúan en los primeros consumos de alcohol, éstos deben ser divididos en tres grupos, los factores macrosociales, microsociales y personales, los cuales los determinan de la siguiente manera:

Dentro de los factores macrosociales se consideran elementos como la facilidad para obtener la sustancia y la falta de opciones para utilizar el tiempo libre de manera adecuada. En cuanto a los factores microsociales, se incluyen prácticas educativas poco apropiadas, la ingesta de alcohol étlico dentro de la familia y la presión o influencia del grupo de amigos. Por último, en el contexto personal se encuentran la falta de información o la presencia de ideas erróneas, la dificultad para enfrentar la presión social y una baja autoestima (Perez et al., 2016).

Como se mencionó anteriormente al hablar de los fr vinculados al uso de tabaco, los “mitos” que rodean el uso de estas dos spa continúan siendo uno de los elementos que fomentan la ingesta de bebidas con contenido alcohólico a edades cada vez más tempranas. A medida que los adolescentes transitan hacia la adultez, se enfrentan a distintas presiones, retos y creencias erróneas que favorecen este comportamiento. Para profundizar en este tema, se citarán a continuación algunos autores que lo abordan con mayor detalle.

Para Nolla y Rojas (2021) algunos de ellos son: “revolver bebidas diferentes ocasiona que te emborraches más rápido”, esto es un mito ya que lo que provoca la intoxicación en una persona que consume alcohol no es la combinación de diferentes bebidas, sino la cantidad total ingerida y la rapidez con que se consume, sin importar el tipo o el sabor de la bebida.

Otra más es: “el consumo de alcohol te alegra”, este es otro mito ya que no existe un vínculo causal entre el abuso de la ingesta de alcohol y estados emocionales, es decir, las bebidas alcohólicas, no producen alegría, ni enojo, ni tristeza, lo que provoca es que las alteraciones ocurridas en el SNC afecten los centros cerebrales relacionadas con las emociones y el control de impulsos,

particularmente, el sistema límbico y la corteza prefrontal, provocando que las emociones de las personas se expresen con mayor intensidad.

“Si sudo, se me baja la borrachera”, uno más, pues solo entre el 2% y 10% del alcohol consumido se elimina por lágrimas, sudor y orina, el otro porcentaje que corresponde al 90% y/o 98% se metaboliza en el hígado, previo a ser eliminado del organismo con toda la secuencia ya descrita.

“El que sabe tomar, es el que aguanta más”, es uno muy común pues aguantar más alcohol no es sinónimo de saber beber, puesto que el “aguantar mucho”, es evidencia de que una persona bebe en exceso y de manera regular, logrando que su cuerpo desarrolle tolerancia.

“Si consumo alimentos se me baja la borrachera”, se suma a los anteriores, ya que el comer no influye en la cantidad de alcohol presente en la sangre. En realidad, la única forma de disminuir los efectos de la embriaguez es detener la ingesta de alcohol y permitir que el hígado metabolice el alcohol existente en el organismo con el paso del tiempo.

“Un café bien cargado baja la borrachera”, este es un mito que se relaciona mucho con el anterior, de tal manera que el consumir cafeína puede producir que la persona se sienta ligeramente más alerta o despierta, pero no elimina el alcohol de la sangre y mucho menos produce sobriedad.

“Si vómito, se me baja la borrachera” muy frecuente entre los adolescentes que generalmente se presenta cuando se abusa del alcohol y se suele provocar el vómito para “bajarse la borrachera” o, en ocasiones, el cuerpo de forma natural lo induce para expulsar aquello que detecta como una amenaza, sin embargo, es algo erróneo pues el alcohol consumido ya no se encuentra en el estómago sino en la sangre.

“La cocaína baja la borrachera”, eso es otro mito ya que el etanol actúa como un depresor del SNC, mientras que la cocaína tiene un efecto estimulante. La ingesta de cocaína puede reducir la percepción de embriaguez y generar sensaciones contrarias a las del alcohol; sin embargo, aunque la persona no sienta

los efectos de la intoxicación, la concentración de alcohol en su sangre permanece igual.

De esta manera, al contrastar estos supuestos mitos con la evidencia disponible, es posible comprender la realidad que los rodea. En este sentido, resulta fundamental considerar estos factores, ya que su conocimiento permite prevenir el inicio temprano del consumo de estas sustancias. De igual forma, para fortalecer el análisis, resulta relevante conocer la edad de inicio del consumo, dado que, en conjunto con lo previamente expuesto, permitirá identificar con mayor precisión las primeras señales de uso y actuar de manera oportuna.

2.4.2. Edad de inicio del consumo del alcohol en México

La ingesta de bebidas alcohólicas es una práctica ampliamente difundida y socialmente aceptada en la mayoría de las culturas, en la actualidad, este comportamiento no se limita únicamente a los adultos, pues cada vez más jóvenes y adolescentes lo adoptan como parte de sus hábitos, a pesar de que la legislación prohíbe su venta, esta situación contribuye a que se ingieran grandes cantidades de alcohol en contextos como fiestas, bares o discotecas, lo que eleva el riesgo de sufrir accidentes de tráfico, lesiones, conflictos legales y otros problemas asociados.

Las estadísticas que se muestran a continuación son motivo de preocupación para los responsables del sector público y de la salud, ya que reflejan la ingesta de bebidas embriagantes entre los adolescentes, esta preocupación no solo surge porque los jóvenes están bebiendo con más frecuencia y en mayores cantidades, sino también porque muchos de ellos desconocen los efectos que el alcohol étílico puede generar en su estado y en su desarrollo físico, emocional y social.

Esta etapa, como se ha mencionado anteriormente, representa un periodo de gran vulnerabilidad, ya que el desarrollo neurológico aún no ha concluido y el uso de alcohol puede interferir negativamente dicho proceso (Riesgo, 2007).

Aun así, las encuestas señalan que en su mayoría las y los adolescentes no consume alcohol, tabaco ni otras drogas, sin embargo, sí muestran que existe un porcentaje significativo de jóvenes que sí participan en estas conductas, para revisar

los números a detalle la ENCODAT 2016- 2017, nos dice que, en 2011, el 55.2% de los encuestados indicó que había consumido por primera vez alcohol a los 17 años o menos, para el 2016 donde se volvió a realizar la encuesta ésta disminuyó ligeramente presentado un 53.1%.

De manera más precisa, en el año 2011 el 38.9 % de las personas reportó haber iniciado el consumo de alcohol entre los 18 y 25 años, mientras que un 5.9 % lo hizo entre los 26 y 65 años de edad. Para el año 2016, estas cifras aumentaron ligeramente, registrándose un 41.3 % en el grupo de 18 a 25 años y un 5.6 % en el de 26 a 65 años (ENCODAT, 2016).

Para hacer una distinción entre sexos se debe de mencionar que en la población masculina la mayor proporción se encuentra en aquellos que iniciaron su consumo a los 17 años o menos, esto se refleja con un 64.9% en 2011, y un 61.5% en 2016, por su parte en mujeres las prevalencias de edad de inicio se encuentran entre los 18 y 25 años con un 46.1% en 2011, y un 47.1% en el 2016, ambas cifras disminuyen conforme va aumentando la edad.

En 2011 la edad en que se empieza a beber alcohol es de 16.6 años en población masculina y 19.2 años en población femenina, por su parte para la última encuesta hecha en 2016, muestra que, los varones mencionaron iniciar el consumo a los 16.7 años y mujeres a los 19.2 años, es decir, no ha mostrado variaciones significativas en ese periodo, para representar de mejor manera estos datos mostraré el siguiente cuadro que detalla más los porcentajes entre hombres, mujeres y totales (ENCODAT, 2016)

Figura 9

Edad de inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas en mexicanos. ENCODAT 2016-2017.

Sexo	2011			2016		
	17 años o menos %	18 a 25 años %	26 a 65 años %	17 años o menos %	18 a 25 años %	26 a 65 años %
Hombres	64.9	33.0	2.1	61.5	36.5	2.0
Mujeres	43.3	46.1	10.6	43.1	47.1	9.8
Total	55.2	38.9	5.9	53.1	41.3	5.6

Nota: La siguiente figura de ENCODAT muestra la prevalencia en porcentaje en género y suma total de estos, de la ingesta de etanol por edades. Datos tomados de: (ENCODAT 2016-2017, 2018).

Es relevante señalar que, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE, 2014), la investigación se centró en alumnos del nivel básico y medio superior en México. Los resultados destacan dos aspectos importantes; el primero de ellos fue que, la ingesta de bebidas con alto contenido alcohólico comienza a una edad temprana, ya que uno de cada cuatro estudiantes de primaria manifestó haberlo probado al menos una vez (ENCODE, 2015).

Por su parte CIJ en su primer semestre de 2023, mostraba los ingresos a tratamiento de 5,484 personas consumidoras de sustancias legales, de ellas 2,581 eran exclusivamente por alcohol, de ese porcentaje 40.9% eran pertenecientes a hombres y 59.1% a mujeres, de estos usuarios se reportó que el inicio de consumo etílico fue a los 17 años.

Para complementar esta información, se señala que entre enero y junio de 2023 se brindó atención a 1,956 personas que reportaron el consumo conjunto de tabaco y alcohol; de este total, el 47.1 % correspondió a hombres y el 52.9 % a mujeres. Asimismo, se observó que la edad de inicio del consumo fue muy similar en ambas sustancias, con un promedio de 16.7 años para el alcohol y 17.0 años para el tabaco. (Centros de Integración Juvenil, A.C., 2023).

Para la ENCODAT 2025, que constituye la estadística más reciente consultada en esta investigación, se observa que la edad promedio de inicio en el consumo de etanol en la población general de 12 a 65 años pasó de 17.9 en 2016 a 18.2 en 2025. Por otra parte, en el grupo de 12 a 17 años, la edad de inicio en la población total fue de 13.6 en 2016 y de 13.2 en 2025, lo que indica una ligera

disminución. Además, mientras que en 2016 las mujeres registraban un inicio a edades más tempranas, para 2025 esta tendencia se invierte (CONASAMA, 2025).

Figura 10

Edad de inicio de ingesta de bebidas alcohólicas en mexicanos. ENCODAT 2025.

	2016			2025		
	Media	DE	IC 95%	Media	DE	IC 95%
12-65						
Total	17.9	5.3	17.8-17.9	18.2	5.5	18.1-18.4
Hombres	16.7	3.5	16.6-16.8	17.2	3.9	17.0-17.3
Mujeres	19.2	6.7	19.0-19.4	19.4	6.6	19.1-19.6
12-17						
Total	13.6	2.8	13.5-13.7	13.2	3.0	13.0-13.4
Hombres	13.4	2.8	13.2-13.6	13.0	3.1	12.7-13.3
Mujeres	13.7	2.6	13.6-13.9	13.4	2.7	13.1-13.6
18-29						
Total	16.6	2.3	16.5-16.7	17.0	2.2	16.9-17.1
Hombres	16.2	2.2	16.1-16.4	16.8	2.0	16.6-17.0
Mujeres	17.1	2.5	16.9-17.2	17.2	2.3	17.0-17.4
30-65						
Total	19.2	6.3	19.1-19.4	19.3	6.3	19.1-19.5
Hombres	17.5	4.0	17.4-17.6	17.8	4.4	17.6-18.0
Mujeres	21.4	8.1	21.1-21.6	21.0	7.7	20.6-21.3

Nota: La siguiente figura de ENCODAT muestra la prevalencia en medias en relación al inicio de ingesta de etanol en mexicanos por género y edades. Datos tomados de (CONASAMA, 2025).

A partir de los datos presentados, se puede concluir que la edad de inicio de la ingesta de etanol en México se mantiene en etapas relativamente tempranas, y ha mostrado pocos cambios a lo largo del tiempo. Desde 2011 y 2016, la mayor proporción de personas reporta haber comenzado a consumir entre los 18 y 25 años; sin embargo, en el caso del sexo masculino, una parte importante inicia a los 17 años o menos. En el femenino, el inicio tiende a concentrarse en edades

ligeramente mayores, aunque esta diferencia por sexo ha ido reduciéndose con el paso de los años.

Los promedios de edad de inicio también reflejan una notable estabilidad. En 2011 se registraban 16.6 años en hombres y 19.2 en mujeres, cifras que prácticamente no cambiaron en 2016. Datos institucionales más recientes, como los reportes de atención de los CIJ en 2023, señalan un inicio cercano a los 17 años, lo que refuerza la idea de que el primer contacto con el alcohol ocurre durante la adolescencia media. Asimismo, la ENCODAT 2025 muestra que, aunque en la población general de 12 a 65 años la edad promedio de inicio aumentó ligeramente de 17.9 a 18.2 años, en el grupo de 12 a 17 años incluso se observa un leve descenso, pasando de 13.6 a 13.2 años.

En conjunto, estos hallazgos permiten afirmar que el inicio de la ingesta de bebidas alcohólicas continúa presentándose a edades tempranas y se ha mantenido relativamente constante a lo largo de los últimos años. Si bien se observan pequeñas variaciones entre periodos y entre hombres y mujeres, la tendencia general indica que la adolescencia sigue siendo una etapa crítica para el primer contacto con esta sustancia, lo que subraya la importancia de fortalecer las acciones preventivas dirigidas a este grupo de población.

Sin embargo, antes de profundizar en dichas acciones preventivas a continuación se abordarán los efectos que el alcohol produce en el cuerpo, a fin de que, una vez explicados, resulten más comprensibles las repercusiones de su consumo en estas edades.

2.4.3. Efectos del consumo en la adolescencia

Ya sea en reuniones familiares o sociales, por motivos emocionales, de ánimo, diversión personal o por buscar aceptación entre amigos, al consumir bebidas alcohólicas estas recorre la boca y el esófago hasta llegar rápidamente al estómago y los intestinos, desde allí, una parte considerable pasa al torrente sanguíneo, que lo distribuye por todo el cuerpo. Cuando el alcohol alcanza el

cerebro, afecta distintos grupos de neuronas responsables del habla, la visión, la respiración, el equilibrio, el pensamiento, el juicio y el razonamiento.

Una vez establecido en el organismo cierto porcentaje se eliminará a través del sudor, la orina y los pulmones, aunque la mayoría pasará al hígado donde se metabolizará y desharán en derivados más inocuos que, en las próximas horas serán desechados del organismo (Córdova et al., 2010).

Estas afirmaciones de igual manera las plantean Moya et al., (2007) pues coinciden en que, cuando las bebidas alcohólicas se consumen por vía oral, aproximadamente el 20 % se absorbe en el estómago y hasta un 80 % en la parte inicial del intestino delgado. La rapidez con la que el organismo lo absorbe depende de diversos factores; por ejemplo, el proceso es más veloz cuando se ingiere con el estómago vacío y más lento si hay presencia de alimentos, ya que estos retrasan la absorción y generan concentraciones de etanol en sangre considerablemente menores.

Asimismo, se ha observado que, al administrar la misma dosis de alcohol a distintas personas, las concentraciones en sangre suelen ser más elevadas en las adolescentes que en los adolescentes varones. Esto se debe, entre otras razones, a que los hombres presentan más grasa y un volumen sanguíneo inferior, en cuanto a su metabolismo, se estima que entre el 90 % y el 98 % del alcohol se degrada por oxidación hepática, mientras que el 2 % al 10 % restante se elimina por otras vías como el riñón y pulmón (Moya et al., 2007).

Es muy importante recalcar que el alcohol reduce el funcionamiento de determinadas áreas cerebrales clave, es decir, inhibe la actividad de la corteza prefrontal, aquella que es responsable de las respuestas y acciones relacionadas con el comportamiento social, de aquí su relación en situaciones de violencia y accidentes, es por eso que, a dosis bajas, el alcohol puede aparentar ser un estimulante, pero conforme el consumo es de mayor velocidad y cantidad las reacciones se vuelven más evidentes debido a que afecta regiones cerebrales asociadas al estado de vigilia y equilibrio, pues ejercen una acción depresora (Heinze, 1987).

Para considerar de mejor manera los puntos anteriores los autores Arellanez et al., (2014) mencionan las siguientes etapas por la cual se puede llegar a una etapa de embriaguez. La primera etapa del consumo de alcohol, que ocurre después de ingerir entre una y tres copas, se asocia con una percepción de tranquilidad, una disminución del juicio crítico y una actitud más comunicativa y desinhibida.

Cuando la persona continúa bebiendo y alcanza entre tres y seis copas o más, empiezan a presentarse comportamientos inadecuados, torpeza en los movimientos y alteraciones en la visión, que puede volverse borrosa o incluso doble. En esta fase, la persona puede mostrarse terca, ruidosa, agresiva o violenta, o bien ponerse triste y apartarse del grupo.

Si el consumo sigue aumentando, se entra en una tercera etapa en la que predominan la confusión, la depresión y la falta de conciencia sobre lo que ocurre alrededor; también pueden aparecer agresividad, temor, llanto y dificultades para mantenerse de pie. En una cuarta etapa, si la ingesta continúa, se puede llegar a un estado de inconsciencia e incluso a la muerte por parálisis respiratoria.

El cuerpo elimina el alcohol de manera lenta y no existe ningún método que acelere este proceso, por lo que remedios comunes como tomar café o bañarse con agua fría no surten efecto. Finalmente, se presenta la resaca del día siguiente, que incluye sed, dolor de cabeza, temblores, náuseas y alteraciones emocionales inesperadas como consecuencia del abuso de alcohol (Arellanez et al., 2014).

Moya et al. (2007) lo describe de la siguiente manera, en las fases iniciales el consumo de alcohol actúa sobre sistemas inhibidores, resultado un efecto estimulante con la presencia de fluidez verbal, sensación de bienestar, risa y menor autocontrol, pero con el paso del consumo, surgen los efectos sedantes con una torpeza motora, dificultad de andar, pérdida de reflejos, reducción de la capacidad de rendimiento y sedación.

Todos estos efectos van acompañados de una disminución de la temperatura corporal, elevación en la producción de saliva y de jugos gástricos, y, en casos

extremos, pueden derivar en una intoxicación que provoque pérdida de la conciencia, coma o incluso la muerte a causa de una depresión cardiorrespiratoria.

El cuadro de embriaguez como se mencionó anteriormente depende entre muchos factores, la tolerancia, el tipo de alcohol, cantidad ingerida, rapidez del consumo, uso de otros sedantes y toma simultánea o no de alimentos, aunque independientemente de que actúen o no estos factores, los daños y consecuencias en el cuerpo se están produciendo, para conocer más de ellos pasaré a describirlos.

2.4.4. Consecuencias del consumo de alcohol

El coma etílico, cirrosis hepática y pancreatitis no son los únicos daños que provoca esta droga por su consumo excesivo, algunos de ellos se presentan a corto plazo, es decir de forma inmediata con labilidad emocional, desinhibición de conductas sociales que provocan accidentabilidad, suicidio y homicidio, alteraciones en la coordinación, dificultad en la pronunciación, sensación de sueño, retraso en los reflejos, desorientación, ahogamiento y sin olvidar los años potenciales de vida perdidos (Vargas, 2001).

Para comprender mejor este tema, es fundamental destacar que el hábito de beber alcohol puede ocasionar diversos efectos en un futuro, entre los más comunes se encuentran las enfermedades del hígado, que pueden ir desde la acumulación de grasa en este órgano hasta daños graves como la cirrosis.

También pueden presentarse trastornos psiquiátricos y neurológicos, problemas en el sistema digestivo, debilitamiento de las defensas del cuerpo y el síndrome de Wernicke-Korsakoff, una afección ocasionada por la falta de vitamina B1 que provoca pérdida de memoria, dificultades en la visión, alteraciones en la coordinación, episodios de psicosis y otros síntomas. Del mismo modo, el consumo prolongado de alcohol puede dañar el sistema cardiovascular, elevando la presión arterial y elevando la probabilidad de sufrir derrames cerebrales y hemorragias (Cruz et al., 2019).

Moya et al., (2007) señala que los trastornos vinculados al patrón del uso de alcohol comprenden tanto el uso problemático o dañino como la dependencia,

además, existen alteraciones que surgen directamente por el impacto de alcohol en el cerebro, entre las que se encuentran la intoxicación alcohólica, los síntomas de abstinencia, el delirio asociado a la abstinencia, los trastornos de la memoria, distintos tipos de demencia, episodios psicóticos con presencia de delirios o alucinaciones, cambios significativos en el humor, trastornos de ansiedad, problemas sexuales y dificultades para dormir.

Esto se resume en gran parte como los impactos negativos relacionados con el abuso de esta sustancia, en términos generales puede entenderse como un patrón de consumo que, aunque todavía no genera problemas médicos o psicológicos evidentes, sí conlleva un riesgo elevado de causar daños físicos o mentales en el futuro. El grado de riesgo no es únicamente de la cantidad de alcohol que se ingiere, sino también de diversos factores personales y del entorno que lo rodea, como los antecedentes familiares, el tipo de trabajo, el estilo de vida, las condiciones económicas entre otras circunstancias sociales (Moya, 2007).

El consumo de alcohol ocasiona un deterioro progresivo en distintos órganos del cuerpo y representa un factor para desarrollar complicaciones graves que pueden causar discapacidad o incluso una muerte prematura. Lamentablemente, muchas personas que beben no son plenamente conscientes de este peligro, por lo que tienden a restarle importancia a los daños y efectos que el etanol genera en el cuerpo. (Arellanez, 2014).

A nivel social algunos daños que comúnmente influyen en el alcoholismo, y con esto hago referencia a cuando una persona adulta tiene problemas para controlar su consumo, y ya es considerado una enfermedad, son en primera instancia los problemas familiares, que a su vez repercuten en ámbitos laborales, con un mal desempeño que influye en la productividad de una empresa, o en sus consecuencias más negativas con la pérdida del trabajo, sin olvidar también las afectaciones negativas en la calidad de vida de los miembros de la familia, compañeros de trabajo y personas con la que conviva (Cruz et al., 2019).

Por su parte, en adolescentes en el ámbito escolar, se refleja con inasistencias, bajo rendimiento, reprobación y desobediencia a la autoridad,

accidentes automovilísticos, que representan una de las principales causas de muerte y limitaciones funcionales entre ellos; mayor probabilidad de ser sexualmente activos a edades más tempranas y desarrollar conductas de riesgo. De igual manera existe cada vez más evidencia de la relación del etanol con la delincuencia, y especialmente en distintas formas de violencia, como es la violencia criminal, doméstica, económica, sexual, comunitaria entre otros sitios (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Actualmente varios son los investigadores que aseguran que las situaciones problemáticas en la elevación de bebidas alcohólicas en la población adolescente, están vinculadas a los roles de género y modas. Otros autores afirman que este fenómeno se debe a la aparente flexibilidad hacia niños y adolescentes, derivada de la venta de alcohol sin respetar las leyes establecidas, lo que favorece el inicio temprano de su consumo (Vilugrón et al., 2017).

Sea cual fuera la razón debemos recordar que su consumo a estas edades siempre provocará mayores daños en la salud debido a que estos mismos son más susceptibles al efecto tóxico que contienen dichas sustancias.

Una vez abordados los aspectos anteriores, es pertinente dar paso a la descripción de la institución que sirve como base para la elaboración de este trabajo. Para ello, se describirán aquellos rasgos particulares que la distinguen y que conforman su identidad como asociación civil.

2.5. Centros de Integración Juvenil. Historia, filosofía y valores de la asociación civil, ¿Cómo han atendido las adicciones?

CIJ es una asociación civil no lucrativa que se encuentra incorporada a la Secretaría de Salud cuyo propósito es proporcionar servicios de atención a individuos con trastornos vinculados al uso de drogas. Fue fundada en 1969 por iniciativa y liderazgo de Kena Moreno y un grupo de ciudadanos comprometidos con la salud pública.

Tras su establecimiento, dicho grupo tenía dos preocupaciones establecidas, la primera de ellas era disminuir el abuso de drogas en la sociedad, y el segundo

era la sensibilización y vulnerabilidad que tenían diversos sectores sociales del país, con estas visiones se fundó el Centro de Atención para Jóvenes Drogadictos, que posteriormente amplió su labor con la colaboración de diversas instituciones y autoridades federales.

La organización posee una trayectoria de más de cinco décadas en el ámbito de la atención y prevención del consumo de drogas, sus acciones están orientadas a la prevención, atención terapéutica, rehabilitación y desarrollo de investigación científica en torno al uso de drogas a nivel nacional, es importante resaltar que con el transcurso del tiempo CIJ ha ampliado su forma de trabajar incrementando su estructura, programas y servicios (Centros de Integración Juvenil, A.C., 2019).

Como breve reseña histórica, es importante señalar que, en 1982, por decreto presidencial, los CIJ se integraron como un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud (SS). Años después, en 1998, CIJ firmó un convenio con el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), con el propósito de colaborar en un proyecto de capacitación en seis países de Centroamérica.

Más adelante, en 2010, la institución recibió el premio “Promoción a la equidad de género dentro de la administración pública federal”, en el marco de la conmemoración del Día Internacional de la Mujer, y finalmente, en 2017, CIJ organizó en Cancún su 19° Congreso Internacional Anual en Adicciones (Centros de Integración Juvenil, A.C., 2020).

La filosofía institucional de los CIJ define claramente los principios y metas que guían su labor. Su misión consiste en desarrollar estrategias de prevención y atención del consumo de sustancias, asegurando un trato equitativo e igualitario, sin prácticas discriminatorias, y apoyadas en conocimientos científicos y en la formación de especialistas.

En cuanto a su objetivo, busca disminuir el consumo de drogas a través de la participación comunitaria, mediante la implementación de programas basados en

evidencia y con perspectiva de género, con el objetivo de mejorar el bienestar de la comunidad.

Por su parte, la visión de la institución apunta a asegurar la provisión de servicios de excelencia en prevención, atención, investigación y formación en adicciones, tanto en el ámbito nacional como internacional, en concordancia con las tendencias epidemiológicas vigentes (Centros de Integración Juvenil, A.C., 2020).

Centros de Integración Juvenil, A.C. (2014) menciona los siguientes valores que la asociación comparte con la comunidad en general:

Tabla 1

Valores de la institución

Bien común	• Cada decisión y acción debe encaminarse a responder a las demandas y prioridades de la sociedad, priorizando el bienestar colectivo sobre los beneficios individuales.
Respeto	• Brindar un trato digno, respetuoso y tolerante a todas las personas, sin discriminar por sexo, edad, raza, religión, orientación política o sexual, ni por su situación económica.
Integridad	• Actuar de manera honesta, siempre guiándose por la verdad.
Igualdad	• Prestar los servicios y asumir las responsabilidades correspondientes con apego a los principios de igualdad y no discriminación.
Honradez	• Evitar utilizar un cargo o posición para obtener beneficios personales o favorecer a terceros.
Generosidad	• Actuar con empatía y sentido solidario, manifestando consideración y respaldo hacia la comunidad y hacia quienes se relaciona.
Imparcialidad	• Tomar decisiones sin otorgar privilegios o ventajas indebidas a personas u organizaciones.
Entorno cultural y ecológico	• Realizar las actividades evitando daños al patrimonio cultural y al medio ambiente, promoviendo el respeto, la preservación y la protección del entorno y la cultura del país.

Justicia	• Cumplir siempre con las leyes y normas correspondientes a la función que se realiza.
Rendición de cuentas	• Asumir de manera íntegra la responsabilidad en el cumplimiento de las funciones encomendadas y aceptar la evaluación por parte de la sociedad.
Transparencia	• Asegurar el acceso a la información pública, respetando únicamente los límites legales relacionados con el interés público y la privacidad de los ciudadanos.

Nota: En esta tabla se describen los once valores institucionales que guían, regulan la conducta y toma de decisiones del CIJ.

CIJ ofrece servicios a la comunidad en general a través de diversos programas, entre ellos se encuentra el preventivo, tratamiento y rehabilitación, de investigación y de enseñanza. El primero, es el enfoque preventivo, tiene como finalidad propiciar ambientes que fomenten la capacidad de enfrentar los riesgos psicosociales relacionados con el uso de drogas, promover la generación de estrategias de protección propias y contribuir al desarrollo integral individual y comunitario.

El programa interviene en todas las etapas del ciclo vital, considerando la interacción permanente de la persona con su entorno familiar, comunitario y social. Sus acciones se estructuran de acuerdo con el contexto, las necesidades, las particularidades y los recursos de la población. Con base en la valoración del nivel de riesgo y vulnerabilidad, las intervenciones se adecúan a la modalidad preventiva que corresponda (Centros de Integración Juvenil, A.C.,2020).

Explicado de otra forma, el programa preventivo favorece el desarrollo saludable de la comunidad, pues se encuentra presente en los contextos escolares, familiares, laborales, de salud y comunitarios, todos ellos sustentados con evidencia teórica, metodológica y tecnológica; quienes realizan dichas actividades son grupos de trabajo que previenen el uso de drogas y el establecimiento de estrategias de PS.

El programa de formación de la asociación civil tiene como propósito ofrecer capacitación continua del personal de salud en materia de adicciones. Para ello, se diseñan y llevan a cabo actividades académicas que buscan fortalecer las acciones preventivas, el abordaje integral del tratamiento y la integración social de las personas, pudiendo realizarse de manera presencial o virtual.

Por ejemplo, CIJ en línea ofrece el siguiente sitio web: <https://www.gob.mx/salud/cij>, en donde hay información de la institución a nivel nacional e internacional, otro más de ellos es la biblioteca virtual en adicciones <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/>, en donde existen libros y audiovisuales relacionados al tema (Centros de Integración Juvenil, A.C.,2020).

Centros de Integración Juvenil, A.C. (2020) señala que el programa de tratamiento y rehabilitación constituye el tercer servicio que ofrece la institución. Todos los centros cuentan con personal especializado en el abordaje de las adicciones al alcohol, tabaco y otras sustancias. Dicho equipo está integrado por médicos, psicólogos y trabajadores sociales, quienes brindan atención a través de terapias individuales, familiares y grupales, además de otros servicios ajustados a un diagnóstico integral de cada persona, entre los cuales se incluyen los siguientes:

Tabla 2

Servicios de la institución

Hospitalización	Dentro de este proceso se realiza una evaluación clínica con el fin de identificar a las personas que necesitan este nivel de atención, ya que está destinado a quienes presentan un consumo crónico de drogas que se presenta con consecuencias físicas, sociales y emocionales de gran relevancia. A lo largo del tratamiento, las y los pacientes son atendidos por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, en donde
-----------------	--

	realizan actividades orientadas a mantenerse alejados del consumo.
Consulta externa	A lo largo de este proceso, las y los pacientes acceden a atención basada en terapias y acciones ambulatorias de rehabilitación y reinserción social; asimismo, se realizan distintas pruebas y valoraciones clínicas, entre ellas entrevistas e intervenciones, para definir el procedimiento terapéutico más adecuado.
Centros de día	El presente nivel de atención del CIJ está enfocado en personas que presentan consumo grave de sustancias psicoactivas y dificultades en su entorno familiar y social. El abordaje terapéutico se desarrolla en una modalidad semi-residencial, donde las y los pacientes acuden al Centro por un tiempo específico diario, bajo supervisión permanente de profesionales capacitados, participando en actividades que promueven la reorganización de hábitos y estilos de vida saludables.

Nota: La siguiente tabla que explica los servicios que ofrecen los CIJ explican a detalle la forma en que la institución ofrece sus funciones a las personas que bajo ciertos factores lo necesitan.

El último programa es el de investigación, en él se tiene la finalidad de obtener información precisa, imparcial, vigente y confiable, para el correcto desarrollo de programas preventivos y de rehabilitación, estos estudios revelan las tendencias del consumo de droga, así como de sus características más significativas. Sus áreas de acción son

° Estudios epidemiológicos realizados en pacientes que ingresan por primera vez a tratamiento.

- ° Investigaciones psicosociales
- ° Investigaciones clínicas
- ° Evaluación de los programas institucionales.

Estos estudios resultan fundamentales para las instituciones públicas y privadas encargadas de atender los problemas relacionados con las adicciones. Esto se debe a que el consumo de sustancias y sus consecuencias no son fenómenos estáticos; por el contrario, cambian constantemente debido a factores sociales, culturales, económicos y tecnológicos. En este sentido, contar con información actualizada permite comprender mejor la forma en que evolucionan estos patrones de consumo, identificar nuevas tendencias y anticipar riesgos emergentes (Centros de Integración Juvenil, A.C., 2020).

2.5.1. Modelo de intervención en adicciones de CIJ, actividades que desempeña con adolescentes del nivel básico secundaria y comunidad en general

Dentro de las actividades que ofrece la asociación a los estudiantes y comunidad en general destacan cinco. La primera son las sesiones informativas, estas mismas son estrategias que están orientadas a generar conciencia y a elevar la percepción de los riesgos asociados al uso de las bebidas alcohólicas, y los cigarrillos y otras drogas, así como generar alternativas para su pronta recuperación, dentro de este plan, se desglosan los siguientes contextos:

Tabla 3

Contextos en los que CIJ ofrece sus sesiones informativas

IC - Información a Concurrentes	En este contexto, se proporciona orientación a todas las personas que acuden a las instalaciones del CIJ, ofreciendo información relacionada con las drogas y los servicios disponibles. Además, se busca motivar su participación e integración en los
---------------------------------	---

	distintos proyectos que la asociación civil desarrolla de manera periódica.
ICE - Información en el Contexto Escolar	En este espacio se establece colaboración con padres de familia, personal docente y alumnado, proporcionando información orientada a la identificación de factores de riesgo y a la promoción de medidas de protección frente al uso de drogas.
ICC - Información en el Contexto Comunitario	En este último ámbito se busca sensibilizar a la comunidad sobre las problemáticas asociadas a la ingesta de drogas y su prevención, resaltando además las alternativas y estrategias disponibles para evitar su uso.

Nota: La siguiente tabla muestra bajo qué características el Centro imparte sus sesiones informativas con la comunidad.

Centros de Integración Juvenil, A.C. (2014) refiere que una de las principales actividades que desarrolla la institución son los cursos-talleres de orientación, los cuales están enfocados en el fortalecimiento de habilidades sociales que permitan afrontar de manera efectiva los riesgos asociados al uso de drogas, así como en la promoción de estilos de vida saludables mediante la reflexión y el trabajo en equipo. A partir de estas acciones, se desprenden cuatro orientaciones específicas:

Tabla 4

Orientaciones de los curso y talleres preventivos

OPP - Orientación Preventiva a Preadolescentes	Durante esta fase, el juego se utiliza como estrategia principal para estimular las capacidades infantiles y fortalecer hábitos y actitudes saludables que contribuyan al desarrollo integral y a la prevención del uso de drogas.
--	--

OPA - Orientación Preventiva a Adolescentes	En este espacio se desarrollan acciones con adolescentes, ofreciéndoles herramientas para reconocer y afrontar las transformaciones propias de los contextos personal, familiar y social, con el propósito de prevenir el uso de productos psicoactivos y promover alternativas que favorezcan su desarrollo integral.
OFP - Orientación Familiar Preventiva	Esta orientación está dirigida a los padres o tutores, con el propósito de guiarlos sobre cómo deben abordar con sus hijos las problemáticas relacionadas con las adicciones en general, así como su prevención.
OPAJ - Orientación Preventiva a Adultos Jóvenes	En este proyecto se tratan temas relevantes y de interés específicos para este grupo de población.

Nota: El siguiente cuadro explica los contextos de orientación en que el Centro diseña sus intervenciones, todas ellas dependiendo del público al que se encuentre dirigido.

Es importante mencionar que dentro de este apartado la asociación civil cuenta con un proyecto de prevención selectiva que contempla la atención del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la atención a personas adultas en plenitud, el fortalecimiento del rendimiento escolar y la prevención del uso de drogas en el nivel básico educativo.

El tercer punto que establecen los Centros de Integración Juvenil, A.C. (2014) corresponde a las actividades que la asociación civil desarrolla con la comunidad en general. Dichas acciones están vinculadas a la PS y forman parte del programa denominado Centro Preventivo de Día, el cual se lleva a cabo en las unidades operativas y tiene como propósito fomentar el aprendizaje y la participación en actividades saludables entre los individuos, las familias y la comunidad. Dentro de este programa se distinguen tres grupos principales:

Tabla 5

Actividades vinculadas al programa “Centro preventivo de día”

Lúdico recreativas	Estas actividades se vinculan con la expresión artística y cultural y se desarrollan de forma lúdica, con el propósito de promover la reflexión; incluyen el fortalecimiento de habilidades recreativas mediante juegos de mesa, obras teatrales, tenis de mesa, gimnasia cerebral, entre otras dinámicas.
Físico – deportivas	Su objetivo es impulsar el fortalecimiento de la salud mediante la promoción de hábitos físicos y deportivos que favorezcan el bienestar corporal, emocional y mental; entre las actividades que se desarrollan se incluyen fútbol, baloncesto, zumba, yoga, tenis, fútbol americano, entre otras.
Educativo – formativas	Son actividades enfocadas en el aprendizaje o fortalecimiento de habilidades en distintos oficios o áreas educativas, promoviendo el trabajo colaborativo y el intercambio de conocimientos que contribuyan al desarrollo profesional y laboral de las personas; entre los talleres se encuentran electrónica, carpintería, soldadura, plomería y mecánica, entre otros.

Nota: El siguiente cuadro explica las actividades vinculadas, así como sus respectivos ejemplos, a las tres secciones del programa “Centro preventivo de día”.

La penúltima actividad lleva por nombre "Cursos - talleres de capacitación", cuyo objetivo es generar promotores de la salud, otorgándoles ciertas estrategias para que ellos mismos se organicen y realicen acciones que impidan la ingesta de

spa con personas de su entorno, impulsando el mantenimiento de estilos de vida saludables.

El quinto y último elemento se refiere a las actividades de apoyo dentro del programa de Atención Curativa. Cabe señalar que, para integrarse a estas acciones, los estudiantes necesitan contar con una formación profesional específica que les habilite a colaborar eficazmente en las tareas del programa de tratamiento, además de la autorización del departamento correspondiente, ya que su intervención es clave para brindar atención a personas que ya enfrentan problemas de adicción (Centros de Integración Juvenil, A.C., 2014).

2.6. ¿Qué es Promoción de la Salud?

Dado el interés creciente por la PS, es indispensable revisar los antecedentes históricos que explican su surgimiento, para que una vez explicados sea más entendible y pueda relacionarse más fácilmente a su práctica e involucramiento con la sociedad en general.

Resulta interesante observar cómo, desde la antigüedad, las personas han buscado la forma de mantenerse activas y preservar su salud. Uno de los primeros indicios de ello se encuentra en las creencias ancestrales, ya que el uso de amuletos, pulseras, semillas y otros objetos constituye una evidencia clara del interés por el cuidado de la salud, el cual, incluso, se mantiene vigente en la actualidad.

Para referirnos a periodos más específicos, la mitología griega representa a Asclepio, dios de la medicina y la curación, quien portaba una vara a la que se le atribuía el poder de sanar diversas enfermedades. Su relevancia trascendió con el tiempo y, de acuerdo con la tradición, tuvo dos hijas: Panacea, diosa de la curación, e Higía, de cuyo nombre deriva el término higiene, asociado a la preservación de la salud de los habitantes (Restrepo y Málaga, 2002).

En esta misma época, pero en tiempos de Homero, se pedía mucho a los dioses una vida larga y una muerte sin dolor, abundaron entre la sociedad los valores y el aprecio de estar saludable, incluso Platón señalaba que era preferible

contar con pocos recursos y gozar de buena salud, que ser rico y padecer una enfermedad. Para los seguidores de Pitágoras la recomendación era tener un estilo de vida puro, logrado a través de regímenes alimenticios y prácticas particulares.

En el imperio romano preservaron principalmente las actividades relacionadas a la higiene, traídas de los egipcios y griegos, así como al sistema sanitario y las conducciones de agua que son una de las grandes contribuciones de este imperio aunado a las casas con cañería y desagües, baños públicos con agua caliente y fría, que en la actualidad son reconocidos como aportes significativos para la PS debido a la importancia del acceso al agua para el bienestar de la comunidad (Restrepo y Málaga, 2002).

En tiempos cronológicos llega la cultura árabe, quien es considerada muy influyente en temas de medicina pues hubo grandes cirujanos y terapeutas; en temas relacionados con la PS es importante mencionar a Maimónides quien fue un filósofo que redactó el “Libro del Consejo” que es una guía de salud personal, en dicho documento se menciona la importancia del aire libre para preservar la salud y la relación entre la salud física y mental.

De la civilización musulmana, resulta relevante resaltar el desarrollo de los hospitales, en ellos se encontraban jardines, bibliotecas, narradores de cuentos, todo para distracción de pacientes y enfermos; así mismo es importante mencionar que dentro de esta cultura surgió una política de subsidios, en donde los enfermos recibían una cantidad económica que les permitía sostenerse hasta poder reanudar su trabajo.

El Renacimiento fue un movimiento cultural del que se esperaban importantes avances en distintos ámbitos; sin embargo, en materia de salud no se lograron los progresos previstos. A pesar de ello, desde la perspectiva del bienestar humano, este periodo destacó por su impulso en el arte y la literatura, así como por algunos avances iniciales en la salud pública, en este contexto sobresale Girolamo Fracastoro, considerado uno de los primeros epidemiólogos, debido a su interés en el estudio de las enfermedades epidémicas y en los mecanismos de transmisión,

aportaciones que quedaron plasmadas en obras como “De Contagione” (Restrepo y Málaga, 2002).

Para la llegada del siglo XVIII se tienen ideales que consideran que la protección de la salud debía estar a cargo del Estado, y esta debe ser establecida en sus leyes, un representante de dichas propuestas fue Johann Peter Franck quien además de ello, contribuyó con grandes aportes en sp, organización de hospitales, educación, concientización de los monarcas para proteger la salud de sus súbditos, pues sus demandas consideraban que la precariedad económica era la causa fundamental de las enfermedades.

El siglo XIX es denominado como el siglo de la medicina social, por ser el tiempo en donde se examina la interacción entre las condiciones de vida y el estado de salud de la población, ya que la revolución industrial evidenció las terribles condiciones de los obreros, que trajo consigo gran mortalidad en toda la población; pero no todo es malo, ya que surge el auge en temas científicos como microbiología, fisiología, patología, medicina preventiva, etc., además de grandes contribuidores, entre los que destacan Pasteur, Finlay, Snow, Bernard, Jenner, Chadwick, entre otros más (Restrepo y Málaga, 2002).

Otro ejemplo relevante lo representa Edwin Chadwick, considerado un actor fundamental en los inicios de la salud pública inglesa, pues revisa a detalle las “Leyes de los pobres”, en beneficio de los más desprotegidos, además de su involucramiento en el mejoramiento de las condiciones de la salubridad en las ciudades. Muchos eran los personajes que se involucraron en este tema, aun sin pertenecer a esta área. Por su parte Federico Engels redactó varias obras sobre las enfermedades y padecimientos de la clase trabajadora en donde incluía las enfermedades infecciosas, toxinas ambientales, muerte prematura, etc. (Restrepo y Málaga, 2002).

Otro caso relevante se sitúa en Escocia, donde William P. Alison, en 1820, puso de manifiesto la estrecha vinculación entre la pobreza y la enfermedad, conclusión que ratificó años más tarde durante las epidemias de tifus y fiebre recurrente en 1827, así como de cólera en 1831. De forma análoga, en Francia, en

1826, Louis René presentó su informe en el que destacó las precarias condiciones de vida de la clase trabajadora. (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

Muchos son los autores que confirman que el más grande representante de medicina social y pionero en los antecedentes de PS es Rudolf Virchow, quien era un patólogo alemán distinguido por sus aportes, declaraciones sociales y científicas, por ejemplo, después de estudiar una epidemia ocurrida en Silesia en 1847, concluyó que sus causas no solo eran de origen físico, sino también social y económico.

Derivado de estos resultados, propuso que la solución debía centrarse en la mejora de las condiciones de vida por medio de la prosperidad, la educación y la libertad, elementos que, según él, sólo pueden alcanzarse plenamente dentro de un sistema democrático amplio y sin restricciones (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

Es así como comenzó a desarrollarse un enfoque más amplio para analizar los problemas de salud, en el que no solo se consideran los agentes causales específicos, sino también las condiciones generales que influyen en su impacto. Factores como la miseria, el hambre, la pobreza y la desigualdad pasan a entenderse como elementos que modifican la relación entre el agente, el huésped y el entorno.

Para continuar en esta línea, Henry Sigerist puede considerarse como la persona que construyó las primeras bases teóricas - prácticas de la PS, ya que fue quien formuló las cuatro funciones de la medicina en 1945, en la primera de ellas estableció a la PS, segunda, la prevención de la enfermedad, la tercera, la restauración de los enfermos y por último la rehabilitación. Sus ideales se basaban en que la salud se fortalece cuando las personas cuentan con una vida digna, ambientes laborales adecuados, acceso a la educación, oportunidades para la actividad física y espacios para la recreación y el descanso. (Lizaraso, 2012).

Otra más de ella fue que la PS, aunque busca principalmente evitar enfermedades, requiere también de acciones específicas de protección. Entre ellas

se incluyen el acceso a sistemas adecuados de alcantarillado, el control de enfermedades transmisibles y la atención a la salud materno-infantil, así como la protección de la salud de los trabajadores (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

Esto evidencia que, si bien este autor definió la PS a partir de los factores generales asociados a la enfermedad, también admitió que tanto las causas generales como las particulares desempeñan un papel importante en la prevención.

De esta manera, este profesional de la salud es identificado como el pionero en emplear el término PS para aludir tanto a las acciones destinadas a la educación sanitaria como a las iniciativas estatales orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población. A partir de ahí surgen investigaciones que se centrarán en los determinantes de la salud.

Como ejemplo de lo anterior, Thomas Mckeown investigó y documentó las acciones que permitían la disminución de mortalidad en los habitantes de Inglaterra, su conclusión fue que, a mayor contribución económica, existe una mejor nutrición por la gran variedad de alimentos a los que se puede acceder, esto, junto con cambios favorables en la vida diaria, determina mejor salud, y no es necesariamente por intervenciones de tipo médico, que es lo que normalmente se cree.

Se llega a las décadas de los 60 y 70 y América Latina es testigo de grandes contribuciones de medicina social y epidemiología social, esta corriente de pensamiento, en el campo sanitario, estudia la salud – enfermedad de la sociedad en conjunto, es decir, postula la necesidad de observar y analizar este proceso, en los diversos contextos económicos, políticos e ideológicos de la comunidad, y no solo como agentes infecciosos o biológicos que atañen a la comunidad. Sus principales pensadores surgen de Ecuador, México y Brasil (Restrepo y Málaga, 2002).

Ante esto llegamos a los antecedentes más cercanos a la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, éste es el Informe de Marc Lalonde en 1974, a la que se le considera la primera formulación teórica general de salud

pública surgida en el campo de la epidemiología de las enfermedades no infecciosas.

Este documento, designado con el nombre de quien lo elaboró, plantea una crítica a las políticas de salud implementadas en Canadá, al señalar que la mayor parte de los recursos se destinaban a la organización y sostenimiento de los servicios asistenciales, mientras que se asignaba una atención mínima a la modificación de los factores que originan las afectaciones.

Sus planteamientos partían de la premisa de que la mayoría de los esfuerzos sociales orientados a mejorar la salud, así como gran parte del presupuesto asignado a este sector, se habían concentrado en la organización y fortalecimiento de los servicios de atención médica; sin embargo, al examinar las principales causas contemporáneas de enfermedad y mortalidad en Canadá, se observó que estas se relacionaban principalmente con otros tres componentes clave: la biología humana, el entorno y los estilos de vida.

Lo que evidenciaba que se habían invertido enormes cantidades de recursos en tratar padecimientos que, en muchos casos, podrían haberse evitado mediante acciones preventivas dirigidas a esos factores (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

Marc Lalonde, quien en ese momento era Ministro de Salud en su país, habló en su modelo de salud pública de los cuatro determinantes de la salud los cuales son: “estilos de vida” de manera particular, donde incluimos las tomas de decisiones, hábitos de vida y lo psicosocial, el “medio ambiente”, donde incluimos lo social en un sentido más amplio donde se encuentra lo cultural, biológico, químico y físico, la “biología humana”, es decir la herencia, maduración y envejecimiento y la “estructuración de los servicios de salud”, que comprenden las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación (Ávila, 2009).

Los estudios epidemiológicos de intervención sobre fr para una enfermedad coronaria hecha en Finlandia, fue otra gran influencia para la elaboración de la PS, ya que se basó en influenciar a nivel social los comportamientos y establecimientos

de políticas públicas, que se basaban en la elaboración de alimentos, educación en escuelas, control en el consumo de tabaco, entre otras acciones (Restrepo y Málaga, 2002).

No se puede llegar a la PS sin antes mencionar que en 1978 se realiza la Conferencia Internacional de Alma - Ata en Kazajistán, donde se presentó la nueva estrategia de la OMS en atención primaria de salud, esta estrategia se enfocaba en un sistema integral fundamentado en la equidad y la participación de la comunidad, y se dio a conocer bajo el lema de "Salud para todos en el año 2000", el cual sirvió de inspiración para numerosas iniciativas a nivel mundial orientadas a mejorar las condiciones de salud de las poblaciones más vulnerables (Aguilar, 2009).

2.6.1. Carta de Ottawa / Conceptos y modelos de Promoción de la Salud

Para el año de 1986 la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá reunió a 200 delegados de 38 países con el fin de organizar la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, de donde surge la Carta de Ottawa, documento de gran importancia por ser el marco de referencia para la PS.

El encuentro promovió la comunicación entre especialistas en salud, autoridades gubernamentales, políticos, técnicos, con el fin de reforzar el compromiso individual y colectivo ya establecido "Salud para todos en el año 2000". El informe de la Conferencia analiza minuciosamente los temas tratados, proporcionando ejemplos y recomendaciones para alcanzar la meta establecida (Restrepo y Málaga, 2002).

Las acciones establecidas en la Carta de Ottawa pasan a formar un componente esencial del documento y representan los medios que permiten materializar las acciones de la PS, para esto, se proponen cinco principios clave, la primera de ellas es la elaboración de una política pública sana, en palabras del mismo documento nos dice que la salud debe ser un tema central en la agenda de quienes diseñan políticas públicas, independientemente del sector o nivel de

gobierno, esto es necesario para que reconozcan cómo sus decisiones impactan en la calidad de vida de la población.

De igual manera, este apartado señala que la PS plantea la necesidad de identificar y eliminar los obstáculos que dificultan el desarrollo de la salud en aquellos grupos que no se encuentran directamente contemplados en el documento; asimismo, al tener como objetivo intervenir tanto en las causas generales como en las específicas, se destaca su carácter multisectorial y su vinculación con la sociedad (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

El segundo punto se basa en la creación de ambientes favorables, en él nos dice que nuestras comunidades son complejas y se encuentran relacionadas entre sí, de tal manera que no se deben de ver, como situaciones separadas, sino como un conjunto. En ese sentido se plantea la invitación hacia la conservación de nuestros recursos naturales, contemplándolos, no como una tarea local, sino mundial, con el fin de que sea considerada un eje prioritario de las estrategias de la PS. (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

El fortalecimiento de la acción comunitaria constituye la tercera área estratégica de la PS; se sustenta en la participación efectiva y comprometida de la comunidad en la identificación de necesidades, en la toma de decisiones y en la planificación e implementación de acciones que permitan mejorar su bienestar. Este proceso se impulsa gracias al poder auténtico que tengan las comunidades para apropiarse de sus acciones y ejercer control sobre su propio desarrollo y futuro (Restrepo y Málaga, 2002).

El penúltimo punto lleva por nombre desarrollo de aptitudes personales, y se basa en el desarrollo social y personal de un individuo, el cual es obtenido a través de la educación sanitaria, que llevará a la obtención de aptitudes para la vida, de manera que la población pueda asumir un mayor dominio sobre su salud, así como sobre el contexto en el que se desenvuelve.

Es importante dicho punto pues conforme el ser humano vaya transcurriendo las diversas etapas de la vida se espera que tenga las habilidades necesarias para

afrontar las enfermedades y lesiones que se vayan presentando en su camino (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

La reorientación de los servicios sanitarios constituye el último componente y tiene como propósito lograr un equilibrio más adecuado entre las acciones curativas y las estrategias de prevención y PS. Para alcanzar este objetivo, es fundamental que el sector sanitario replantee su enfoque tradicional y adopte una perspectiva más integral, que no solo responda a la enfermedad, sino que también impulse estilos de vida saludables y condiciones que favorezcan el bienestar.

Asimismo, esta reorientación debe ser sensible y respetuosa de las necesidades culturales de la población, de modo que los servicios ofrecidos sean pertinentes, accesibles y realmente efectivos en la atención y mejora de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

Ahora bien, la Conferencia Internacional señala que la PS se entiende como un proceso que proporciona a la comunidad las herramientas y capacidades necesarias para fortalecer su bienestar y aumentar el control sobre los factores que lo determinan. De esta manera, las personas pueden aspirar a alcanzar un nivel adecuado de salud física, mental y social. Del mismo modo, se considera fundamental que tanto los individuos como los grupos sean capaces de reconocer y cumplir sus metas, atender sus necesidades y ajustarse o modificar su entorno de forma positiva (Cantú, 2012).

Para comprender de mejor manera las diferentes interpretaciones sobre los alcances de la PS, describiré tres conceptos de diferentes autores, en diversos momentos, que permitirán entenderla de mejor manera; para Hancock la PS constituye una forma sólida de salud pública que reconoce la conexión existente entre el bienestar, las decisiones políticas y las estructuras de poder. Puede entenderse desde dos perspectivas:

Por un lado, se orienta a brindar a las personas y a los grupos las herramientas necesarias para que puedan asumir un mayor control sobre su propia vida y su salud, tanto a nivel individual como comunitario. Por otro lado, busca que

la salud se convierta en un elemento central dentro de las agendas políticas, de modo que las decisiones gubernamentales consideren la eficacia y el bienestar de la sociedad (Restrepo y Málaga, 2002).

Para Kickbusch, la PS representa una manera renovada de entender la sp, pues propone un tipo de política que toma como base los determinantes que influyen en el bienestar, este enfoque se concibe como un proceso orientado a apoyar a las personas en el mejoramiento de su salud a través del fortalecimiento del autocuidado, el respaldo social y el desarrollo de la capacidad para tomar decisiones con conocimiento. En este sentido, pretende que cada individuo disponga de los recursos necesarios para optar por las alternativas más favorables para su bienestar (Cantú et al., 2012).

Según Bunton y Macdonald, la Promoción de la Salud integra diversas disciplinas dentro de un marco teórico y práctico (educación, patología, psicología, epidemiología, medio ambiente, etc.), que no es como lo menciona el autor una "colcha de retazos" sino como un "vestido" nuevo, que es propio y aplica estrategias y metodologías que en conjunto crea una fuerza multidisciplinaria para producir bienes sociales (Restrepo y Málaga, 2002).

Ahora bien ¿por qué recurrir a una nueva forma de ver la salud pública, y cambiar el rumbo de lo que se había estado trabajando normalmente?, Cantú et al., (2012) mencionan que, cuando lo que observamos cotidianamente no puede entenderse ni explicarse, se requiere necesariamente buscar / crear nuevos fundamentos científicos que permitan entenderlos.

Esto se suscita ya que las enfermedades actuales de salud difieren a las de hace unas décadas, por ejemplo, antes predominaban las enfermedades infectocontagiosas, como lo son las diarreas y la tuberculosis, hoy en día las mejoras en las condiciones de vida y de trabajo, junto con el incremento en la esperanza de vida, han favorecido la aparición y predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas las cardiovasculares, la obesidad, los distintos tipos de cáncer y la diabetes mellitus, entre otras.

Esto permite observar que el modelo biomédico, que ha predominado por muchas décadas, tiene un enfoque de carácter individual, y, por lo tanto, dadas las elevadas tasas de casos por enfermedad, permite evidenciar que dicho paradigma no ha obtenido los resultados esperados.

Por otra parte, es importante señalar que, debido a las distintas necesidades de salud y a la influencia de factores económicos, sociales, culturales y ambientales, así como a la aparición de nuevas teorías y enfoques en sp, resulta necesario que la PS cuente con diversos modelos. Estos modelos no se excluyen entre sí ni actúan de manera aislada en diferentes contextos; por el contrario, permiten interpretar la realidad desde múltiples perspectivas, lo que favorece una intervención más efectiva según las particularidades de cada entorno social (González, 2012).

El primero de estos modelos es el higienista–preventivo, el cual se enfoca en prevenir la aparición de enfermedades y en fomentar hábitos de vida saludables, con el propósito de elevar el bienestar de la población.

Para Morris (2003) el modelo de epidemiología social de PS se centra en analizar cómo los diversos factores desencadenan e influyen en la salud de la sociedad, en este enfoque se reconoce como la salud no solo es determinada por la atención médica, sino que ésta se encuentra influida por las condiciones de vida de cada persona, su trabajo, servicios de salud, educación, políticas públicas, etc.

Por su parte, el modelo oficial de PS es utilizado en los discursos dominantes y en programas oficiales, cuya finalidad es la prevención de enfermedades a través del pensamiento médico, en muchos escenarios postula sus raíces en dos vertientes, la médica y la de instituciones gubernamentales vinculadas al mercado.

Para Zea, (2009) en el modelo popular se observa la salud a través del conocimiento de la población, esta práctica se puede obtener en la familia e incluso la comunidad en general, considerando a los actores sociales en un mismo nivel que el profesional para así trabajar en conjunto, dicho enfoque valora la sabiduría y experiencia de la sociedad, considerando que estos mismos son quienes conocen mejor sus propias realidades.

Por su parte en el modelo emancipatorio las personas se contemplan como sujetos éticos que buscan el ejercicio de su poder, es decir, que ellos mismos analicen la situación que les rodea, formulen ideas, tomen decisiones y pueden ejercer el poder para su transformación que los lleven a futuros viables y cambios positivos que determinen una buena salud.

Después de revisar los principales modelos desarrollados en la PS, y con el fin de implementar intervenciones más efectivas en la comunidad, se abordará cómo esta disciplina ha implementado acciones en nuestro país para atender dicha problemática. Se comenzará con un panorama general de dichas acciones, luego se analizará cómo los principales modelos han abordado el problema, y finalmente se presentará el modelo preventivo de PS, que es el que emplean los CIJ en sus intervenciones.

2.6.2. ¿Cómo se han atendido desde los diversos modelos de Promoción de la Salud las adicciones?

Para conocer cómo en México se han atendido las adicciones, tenemos que consultar y revisar en aquellas instituciones que han destinado sus esfuerzos en reducir el consumo de estas sustancias, para eso destaco el papel del INSP, la CONADIC, el CENADIC y, por supuesto el papel de la Secretaría de Salud.

La principal acción del cual ellos han abordado y trabajado el problema, es a través de la “prevención y educación”, en ellas se han brindado campañas educativas con el fin de informar a la población sobre los daños y consecuencias de las adicciones, estas acciones se suelen brindar en comunidades y grupos vulnerables, como los son los adolescentes, a través de diferentes dinámicas como talleres, pláticas, publicaciones en medios de información y redes sociales (Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2022).

Posteriormente se expone la acción de “tratamiento y rehabilitación”, estas acciones por lo regular se encuentran a cargo de gobiernos y organizaciones no gubernamentales, en dichos lugares cuentan con un equipo especializado en medicina, trabajo social, enfermería y psicología; además de proporcionar

tratamientos en terapia individual, familiar, grupal, farmacoterapia entre otros más, acciones que se encuentran vinculadas con las ya vistas en CIJ (Gobierno de México, 2018).

En tercer lugar, encontramos a los “programas de apoyo y reintegración”, esto se presenta cuando existen personas con dificultades en la ingesta de spa, quienes se encuentran en riesgo, o bien, presentan diversas dificultades de exclusión social; de tal manera que, además del tratamiento, en su proceso de rehabilitación, se requieren de intervenciones específicas con el fin de facultar al enfermo de condiciones personales para su incorporación social. Aquí podemos encontrar servicios de orientación laboral, apoyo social y actividades recreativas (Tomás, 2007).

Otra acción que ha tomado nuestro país para atender las adicciones es en “lo legislativo”, en la creación de políticas públicas, México ha creado leyes y políticas para controlar el uso de sustancias, y su regulación de aquellas que son legales en el mercado, por ejemplo, en nuestro país, la legislación relacionada con ciertas drogas sigue un enfoque prohibicionista, es decir, establece sanciones penales, incluyendo la privación de la libertad, para actividades como la producción, elaboración, comercialización y posesión de ciertas spa.

Existen otras sustancias consideradas lícitas, como las bebidas alcohólicas y el cigarrillo, que se encuentran sujetas al control sanitario y publicitario, bajo un riguroso volumen y grados de alcohol, nicotina y otras sustancias dañinas (Villarreal, 2016).

Por último, se puede mencionar que México colabora con países a nivel internacional, con el objetivo de combatir las adicciones, este punto que lleva por nombre “colaboración internacional” que incluye el compartir información y estrategias con la finalidad de frenar dicho fin.

Estas son algunas de las acciones que realizan diversas instituciones con el fin de atender este complejo mundo de las adicciones, trabajadas, como vimos

anteriormente, desde diferentes ámbitos, desde la parte preventiva, hasta aquellas que buscan influenciar sus métodos a nivel internacional.

Posteriormente definiré en el siguiente cuadro las diversas estrategias que realiza la PS desde sus diferentes percepciones, con el fin de comprender de mejor manera cómo se han atendido las adicciones desde esta perspectiva; para entenderlo de mejor manera, el cuadro se encuentra dividido en tres opciones, por un lado el modelo al que pertenece, posteriormente el nombre de la acción, y por último su característica.

Tabla 6

Estrategias de la PS para enfrentar el tema de las adicciones en adolescentes

Modelos de Promoción de la Salud	Acciones establecidas para enfrentar las adicciones desde la PS (Institucional y conocimiento comunitario)	Características
	Empoderamiento comunitario	Fomentando la participación de la población para identificar problemas de adicción existentes en su comunidad, promoviendo la auto-organización para crear soluciones.
	Conocimientos locales	Involucrándose con la comunidad, trabajando y abordando el tema utilizando su conocimiento para desarrollar estrategias eficaces para la solución de problemas.
	Redes de apoyo	Con el establecimiento de redes de apoyo entre iguales, en donde las personas intercambian aprendizajes y saberes sobre el

Modelo popular		tema, en favor del bienestar de la comunidad.
	Educación y sensibilización	Realizando talleres, intervenciones y actividades con grupos vulnerables, que permiten la apropiación de conocimiento sobre los daños y consecuencias de la ingesta de sustancias psicoactivas, así como con la promoción y práctica de estilos de vida saludables.
	Acciones colectivas	Con la organización de acciones colectivas, como eventos y campañas que buscan visibilizar el problema de las adicciones, invitando y movilizand o a la población para que en conjunto sea abordarlo.
	Intervención en el contexto	Abordando los problemas de las adicciones en el contexto, es decir, considerando las circunstancias sociales, económicas y culturales que caracterizan a la población..
	Educación y sensibilización	Con la implementación de programas educativos para la prevención y sensibilización de la ingesta de sustancias psicoactivas, con información que es clara y accesible a grupos establecidos conforme su grado y edad.
	Participación comunitaria	Fomentando el involucramiento de la comunidad, contemplando la identificación de las problemáticas, y motivando a los participantes a la resolución de los mismos.
	Detección temprana	Con el monitoreo continuo, para la detección de factores de riesgo y signos de alerta que

Modelo higienista / preventivo		permiten realizar intervenciones oportunas en la población.
	Fomento de estilos de vida saludable	Promoviendo actividades recreativas con el propósito de alejar a la sociedad, y en específico a los grupos vulnerables, de prácticas de ocio que permiten estar más expuestos a consumo de sustancias dañinas, como lo son las drogas.
	Políticas de salud pública	Con el desarrollo de políticas que actúan como freno para el acceso a sustancias psicoactivas en menores, e incluso en situaciones que involucran a terceros, como lo es con el cumplimiento de espacios libres de humo de tabaco.
	Intervenciones multidisciplinares	Implementando grupos profesionales en salud, (pedagogía, trabajo social, psicología, entre otras ciencias y disciplinas) con el fin de seguir abordando los problemas de las adicciones de manera integral.
	Análisis de determinantes sociales	Con el estudio y análisis de diversos factores como la educación, pobreza, contexto familiar, social, que influyen en la ingesta de sustancias psicoactivas, con el fin del diseño de intervenciones que son efectivas en cada zona, dada la influencia de dichos factores.
	Educación y concientización	Educando a la población, principalmente a la más vulnerable para que tome decisiones informadas que los conducen a un bienestar social, partiendo de la

Modelo epidemiológico social		concientización adaptada de su realidad.
	Participación comunitaria	Con el involucramiento de la población para que en conjunto se identifiquen los problemas que los aquejan en relación al consumo de sustancias; e implementando el análisis de posibles soluciones en apoyo mutuo.
	Prevención estructural	Promoviendo y difundiendo la creación de políticas públicas que abordan los problemas estructurales de las adicciones, como la regulación publicitaria de alcohol y tabaco.
	Investigación y monitoreo	Llevando a cabo investigación que permite observar el impacto de dichas políticas y programas implementados, con el fin de que aquellos que requieren reformularse se ajusten para mejores resultados.
Modelo emancipatorio	Apoyo comunitario	Mediante la promoción de grupos de autoayuda y redes de apoyo, se busca que los involucrados afectados participen de manera activa en su proceso de recuperación, logrando así transformar su entorno social.
	Participación comunitaria	Involucrándose en la comunidad para que a través de su participación se creen políticas y programas de prevención, asegurando que sus necesidades sean atendidas y escuchadas, generado un cambio en la realidad social.
	Redes de apoyo familiar	Con programas que involucran a familias en el proceso de recuperación, brindando

		herramientas, técnicas y recursos para manejar las adicciones
	Intervenciones contextualizadas	Adaptando las estrategias implementadas a las particularidades de cada comunidad, considerando su cultura y entorno.
	Formadores de promotores de la salud	Romper con la idea de solo formar líderes que impulsen estilos de vida saludables propias; y en cambio promover actividades cotidianas que reflejen la capacidad del ser humano para generar una transformación colectiva.

Nota: La siguiente tabla muestra como la PS contribuye a través de sus modelos a la prevención del uso de alcohol y productos de tabaco en adolescentes.

3. Análisis y contraste entre ambos modelos, recomendaciones ante las sesiones informativas en logística y operatividad.

CIJ, como se mencionó anteriormente, cuenta con diversos manuales informativos, algunos basados en investigación y otros en intervenciones realizadas en distintos contextos —escolares, comunitarios, laborales y de salud—, así como en las diferentes fases del desarrollo humano y en tipos específicos de sustancias.

El programa que utiliza el Centro lleva por nombre “Para vivir sin adicciones”, cuyo propósito es promover ambientes de protección que impulsen el crecimiento saludable de niñas, niños y adolescentes, proporcionándoles herramientas y capacidades para afrontar los riesgos psicosociales relacionados al uso de las drogas.

Ahora bien, el programa que emplea el Centro se clasifica como un programa preventivo, el cual integra de manera directa los principios de la PS a través del modelo higienista–preventivo. Este programa funciona dentro del Centro como una

vía de entrada que permite dar continuidad a procesos preventivos más profundos y especializados.

A lo largo de este manual se aborda la etapa de educación básica correspondiente al nivel secundaria, que coincide con el grupo etario considerado en este trabajo. Es en estas páginas donde se encuentra la información utilizada para desarrollar las sesiones informativas, las cuales constituyen la base del modelo que será analizado y comparado con otros enfoques de PS.

Debe considerarse que, las sesiones informativas que realizábamos en las escuelas cercanas al Centro no contaba con una evaluación que permitirá reflejar el impartido que generaba en los adolescentes, su forma de evidenciar el trabajo prestado, siempre era en relación al número de participantes presentes en la plática.

Cabe señalar que este modelo, presente en este manual, será contrastado con otros modelos de PS aplicados en este ámbito. El propósito de este mismo es analizar los resultados e identificar las estrategias que podrían incorporarse al modelo de intervención del Centro, con el fin de fortalecerlo y lograr intervenciones más eficaces.

Antes de comenzar el contraste mencionaré algunos datos que permiten conocer más el diseño y planeación del manual, en sus primeras páginas se comienza diciendo que, dadas las condiciones actuales en relación al consumo de drogas es necesario desarrollar intervenciones eficientes, viables y sobre todo oportunas y adaptadas a las condiciones y características de la población (Centros de Integración Juvenil, 2009).

Este es el contenido que involucra dicha información:

- Promoción y difusión institucional
- Sensibilización e incremento de la percepción de riesgo
- Reforzamiento de habilidades para la vida
- Desarrollo de competencias para el afrontamiento de riesgos
- Reducción de riesgos, detección temprana y canalización

oportuna de riesgos

- Formación de personas estratégicas de la comunidad
- Redes comunitarias
- Promoción de la salud

¿Y por qué trabajar a través de este modelo preventivo? El mismo manual menciona que la percepción del riesgo puede transformarse al generar conciencia en la población acerca de las consecuencias de la ingesta de drogas; esto se alcanza mediante la difusión de información científica sustentada en la teoría de la influencia social.

En esta línea, el propósito central de esta estrategia preventiva es brindar acceso a información actualizada y sustentada acerca de los efectos del consumo de spa, estimular el desarrollo de un pensamiento crítico frente a los mensajes y sus fuentes, y fortalecer la percepción del riesgo vinculada a su uso. Asimismo, pretende impulsar opciones de protección y participación acordes con las situaciones particulares de vulnerabilidad que se presentan tanto en las condiciones de vida de la población como en su entorno social (Centros de Integración Juvenil, 2009).

Dicho manual así mismo establece los lineamientos metodológicos para operar la estrategia preventiva mediante diversas herramientas, como lo es con el marco de una jornada preventiva, sesiones o charlas informativas, foro o asamblea juvenil, cine-debate, entre muchas otras que se instrumentan en relación al contexto, la edad, etapa de vida y otras particularidades de los grupos poblacionales. Su sustento deriva de información epidemiológica proveniente de reportes y encuestas a nivel mundial, nacional y local, entre otras fuentes primarias y estudios psicosociales.

Por último, se describe como se tienen contempladas las sesiones informativas en el Centro, por ejemplo, con niñas y niños en edades tempranas se pretende transmitir información relacionada con valores y autocuidado, en el caso de 8 y 9 años, se incorporan los daños del consumo de tabaco y alcohol, partiendo siempre del conocimiento que tienen las y los participantes. Con adolescentes también se abordan drogas legales y se incorporan las sustancias ilegales de mayor consumo (mariguana e inhalables).

Con los jóvenes de 15 a 17 años, además de las sustancias antes mencionadas, se puede considerar la información sobre cocaína-crack y metanfetaminas, cristal. En el rango de 18 a 24 años, dada su probable incorporación en el ámbito laboral, se integran, además de los temas ya mencionados, acoso laboral, estrés y desgaste emocional. Con las personas mayores de 25 años también se pone énfasis en su función social como padres, tutores y responsables de la crianza, el cuidado y la formación de niñas, niños y adolescentes (Centros de Integración Juvenil, 2009).

Una vez conocida la estructura y contenido del manual pasaré a realizar el comparativo de dichas formas de trabajo, el próximo cuadro refleja lo que sí se hacía y lo que se omitía en las intervenciones del Centro del que yo formaba parte, para que una vez finalizado se pueda dar una conclusión de la forma de trabajar de ambas estrategias.

Tabla 7

Contraste entre los modelos de PS

Acciones establecidas de los modelos de PS – características	Acciones que se realizaban u omitían en el Centro de Integración Juvenil
Modelo popular de PS / Empoderamiento comunitario / En este punto se hablaba de la invitación de la población para que participe en la identificación de posibles problemas de adicción existentes, y en la creación de soluciones promoviendo la auto-organización.	CIJ no realizaba dicha acción en ninguna escuela de las cuales participé, su forma de trabajo era ir con los temas que la misma institución pedía (muchas veces establecidos por que los mismos manuales así lo identificaban “grado – turno - edad”, o porque se sospechaba el consumo de alcohol, tabaco u cualquier otra droga en los estudiantes), pero como tal no se realizaba una reunión para identificar los posibles problemas del grupo, ni a partir de ellos la creación de soluciones.
Modelo popular de PS / Conocimientos locales / En este punto se habla de la valoración, utilización, realización del conocimiento comunitario y	La forma de trabajo, en las sesiones informativas, era poco modificable, ya que el mismo manual establecía lo que podías y no decir en las intervenciones, siempre era vigilado por encargados del Centro, por lo cual no se contemplaba, ni

prácticas culturales con el objetivo de desarrollar acciones eficaces para la solución de problemáticas.	valoraba el conocimiento popular; pero si se partía de sus saberes, es decir, de qué tanta información dominaban del tema, estableciéndolo como punto de partida.
Modelo popular de PS / Redes de apoyo / En este punto se habla de la creación de vínculos de apoyo entre pares, en donde las personas comparten sus experiencias y conocimientos en beneficio de todos.	Dado que las formas de intervención eran visitas contra reloj, las estrategias se enfocaban en brindar el máximo de información a los estudiantes, por lo cual no se tenía el tiempo de facilitar esas redes de apoyo entre ellos, ni el de compartir sus experiencias y vivencias; en ocasiones nosotros sí lo hacíamos, buscando la forma de llevar la plática a una concientización e interacción más profunda, pero en realidad no era una estrategia puesta en marcha en las sesiones.
Modelo popular de PS / Educación y sensibilización / En este punto se habla de la realización de talleres, intervenciones y actividades que permitan la apropiación de conocimiento sobre los daños y consecuencias de la ingesta de sustancias psicoactivas, promoviendo igualmente la práctica de estilos de vida saludables.	Los modelos de intervención de CIJ entre sus metodologías buscaba la realización de talleres, charlas - sesiones informativas y actividades que permitieran el acceso a conocimiento confiable y efectivo sobre las consecuencias y daños del uso de sustancias adictivas; aunque es cierto que no siempre se destinaba el tiempo necesario a la práctica de estilos de vida saludable, sí permitíamos los momentos necesarios para dar recomendaciones que permitieran un bienestar físico, mental y social entre los estudiantes, un modelo en donde éste mismo es receptor de información.
Modelo popular de PS / Acciones colectivas / En este punto se habla de la organización de acciones colectivas, como eventos y campañas que buscan visibilizar el problema de las adicciones, movilizand o a la población para abordarlo.	Nuestra forma de trabajo siempre buscó la organización de diferentes ciencias y disciplinas, y aunque el tiempo no era completamente destinado a la creación de campañas, sí realizábamos eventos que permitieran visibilizar el problema de las adicciones en estas etapas, aunque es importante mencionar que no se cubrían todas las escuelas que se encuentran en la periferia de nuestro Centro, y que sabíamos que requerían de dicha información. Por lo cual es importante mencionar no se cumplía dicha estrategia, pues no se contempla como prioridad en el Centro.
Modelo popular de PS / Intervención en el contexto / En este punto se habla del abordar	Dado que los manuales que nos guiaban al desarrollo de las sesiones informativas contemplaban algunos posibles problemas que

los problemas de las adicciones en el contexto y las condiciones sociales, económicas, culturales que rodeen a la población.	determinaban el consumo de sustancias psicoactivas, no era tan específico para dar solución y entender el contexto de la comunidad, por lo cual generalizábamos las posibles condiciones sociales, económicas y culturales que presentaban los grupos. No teníamos ese involucramiento que permitiría dar mejores soluciones.
Modelo higienista – preventivo / Educación y sensibilización / Este punto se refiere a la implementación de programas educativos para la prevención y sensibilización del consumo de sustancias psicoactivas, con información clara, accesible a grupos establecidos conforme su grado y edad.	En este punto CIJ cumple con lo establecido, ya que su labor se basa en la implementación de acciones metodológicas orientadas a reducir los factores de riesgo que pueden llevar a los adolescentes a un primer consumo de sustancias psicoactivas. Para eso, se procura ofrecer información clara y comprensible para esta población, considerando que sus necesidades, intereses y nivel de entendimiento cambian conforme avanzan en los distintos grados académicos y niveles escolares.
Modelo higienista – preventivo / Participación comunitaria / En este punto se fomenta el involucramiento de la población, contemplando la identificación de las problemáticas, motivando a los participantes a la resolución de los mismos.	Dado que estas intervenciones son trabajadas en el ámbito escolar, se tiene la ventaja de que la población se encuentra ubicada en la misma edad y grado académico, por lo cual se brinda la información específica al contexto de los estudiantes; pero, lo que no se logra, es la identificación específica de los problemas como lo menciona el modelo, pues para poder desarrollarla se requiere de la interacción con el grupo a largo plazo, lo que demanda mucho tiempo, situación que difiere con la forma de trabajo del Centro por su demanda de otras actividades.
Modelo higienista – preventivo / Detección temprana / Este punto habla del monitoreo continuo, para el reconocimiento de factores de riesgo y signos de alerta que permitan realizar intervenciones oportunas.	Para hablar de un monitoreo continuo en un grupo específico, se requiere de tiempo e involucramiento total en la población trabajada, CIJ no cuenta con dichas posibilidades, por lo cual en sus manuales informativos desglosa una importante cantidad de posibles factores de riesgo que pueda afectar al adolescente. Evidentemente, esta identificación es de carácter general, ya que no todos los factores responden a un contexto específico; no obstante, se priorizan aquellos considerados más relevantes, con el propósito de orientar y fortalecer la implementación de intervenciones más oportunas.

Modelo higienista – preventivo / Fomento de estilos de vida saludable / Este punto es para promover actividades recreativas que alejen a la sociedad, y en específico a los grupos vulnerables, de prácticas de ocio que permitan estar más expuestos a consumo de sustancias dañinas.	CIJ si realiza actividades recreativas para que determinados grupos de niños o adolescentes asistan al Centro a participar en dichos proyectos recreativos, lamentablemente estos solo se realizan en tiempos vacacionales en donde no hay acceso a escuelas, pero se busca continuar con actividades preventivas desde otro ámbito, es decir, desde las instalaciones de la asociación, siempre bajo un límite de participantes, que es importante mencionar, es muy poco proporcional a los grupos establecidos en las escuelas; así mismo se tiene que aclarar que, en periodos escolares no se llevan a cabo dichos eventos recreativos; por lo tanto, en estos periodos existe el riesgo de la ingesta de drogas.
Modelo higienista – preventivo / Políticas de salud pública / Este punto habla del desarrollo de políticas que actúen como freno para el acceso a sustancias psicoactivas en menores, e incluso en situaciones que involucren a terceros como los ambientes 100% libres de humo de cigarrillos.	El Estado desarrolla políticas públicas encaminadas a generar estrategias para abordar el problema del uso de las drogas en la sociedad, el Centro en cada sesión informativa, buscaba remarcar la importancia de su cumplimiento, principalmente de aquellas políticas que tienen relación con la ingesta de bebidas alcohólicas y cigarrillos, por ejemplo, en la regulación de la publicidad, el etiquetado y advertencias del consumo, y por supuesto el cumplimiento de espacios sin humo de cigarrillos y consumo de alcohol, buscando así remarcar la importancia del cumplimiento de dichas acciones.
Modelo higienista – preventivo / Intervenciones multidisciplinarias / Este punto habla de la implementación de grupos profesionales en salud, (pedagogía, trabajo social, psicología entre otras ciencias y disciplinas), con el fin de seguir abordando los problemas de manera integral.	El CIJ enfoca sus acciones combinando conocimientos y perspectivas de varios campos profesionales, esto se refleja en su estructuración al momento de recibir en sus equipos de trabajo a personal de servicio social, jóvenes construyendo el futuro, prácticas profesionales y voluntariado, así como a personal de todos los perfiles educativos, de tal manera que, cuando se implementan las sesiones informativas en las escuelas, estas se encuentran influenciadas y estructuradas por personal de trabajo social, psicología, sociología, médicos, educadores, promotores de la salud, entre otras disciplinas y ciencias, cumpliendo así con el abordaje de sesiones

	informativas de una manera óptima e integral para los adolescentes tal como lo menciona el modelo.
Modelo epidemiológico social / Análisis de determinantes sociales / Aquí se contempla el estudio y análisis de cómo los diversos factores como la educación, pobreza, contexto familiar y social influyen en el consumo de sustancias psicoactivas para así, diseñar intervenciones que sean más efectivas en cada zona.	Este es un punto que la institución no contempla en su diseño de sesiones informativas, probablemente la influencia del equipo pueda contemplar aquellos factores que pueden desencadenar el consumo de sustancias psicoactivas, pero en esencia, nosotros nos guiamos mucho en los manuales de información que no contienen especificaciones sobre estos temas, y esto se puede reflejar observando su información, los cuales, no difieren entre estados, colonias o municipios, es decir, toda la república cuenta con las mismas ediciones sin especificación de cada contexto de sociedad, por lo cual se deduce que podemos omitir mucho de estos factores psicosociales de cada región, que podrían ser los detonantes y causantes de esos primeros consumos.
Modelo epidemiológico social / Educación y concientización / Aquí se contempla la educación a la población, principalmente a la más vulnerable para que tome decisiones informadas que lo conduzca a un bienestar social, partiendo de una concientización adaptada a su realidad.	Se logra cumplir el objetivo casi en su totalidad, ya que se insiste en trabajar con la población más vulnerable, es decir, con la etapa de la adolescencia, para que a través de sus sesiones, charlas y estrategias informativas se logre informar al adolescente de tomar buenas decisiones en beneficio de su salud en el presente y futuro plazo; no obstante, se señala que esta cobertura no es total, ya que se identifica una limitada presencia del componente de “concientización adaptada a la realidad”. Y para alcanzar estas palabras, se requiere un conocimiento previo y profundo del contexto social y de la población adolescente, situación que, debido a limitaciones de tiempo y recursos, no siempre es posible cumplir.
Modelo epidemiológico social / Participación comunitaria / En este punto se promueve la participación de la población para que, de manera colectiva, identifiquen las problemáticas que la afectan en relación con el uso sustancias adictivas y	Durante el tiempo que presté mi servicio social en la institución no se trabajó la ingesta de bebidas alcohólicas y tabaco en adolescentes de esta manera, la forma de llevar las sesiones informativas de CIJ estaba basada en los manuales informativos de la institución, probablemente como una forma de interacción entre los facilitadores y adolescentes se preguntaba posibles desencadenantes del uso de

explore posibles soluciones a través del apoyo mutuo.	sustancias de efecto psíquico a su edad, pero no establecido como una forma de trabajo para posibles soluciones a las mismas, sino como una plática dinámica entre ambos.
Modelo epidemiológico social / Prevención estructural / Aquí se promueve la creación de políticas públicas que aborden los problemas estructurales de las adicciones, como la regulación publicitaria de alcohol y tabaco.	Al analizar estos puntos, se observa que se encuentran mayormente enfocados en temas de carácter gubernamental, por lo que dichas acciones no se trabajaban de manera directa con los estudiantes. No obstante, con el propósito de identificar su nivel de conocimiento sobre las políticas públicas vigentes, se planteaban algunas preguntas orientadas a cumplir ese objetivo, con el objetivo de fomentar el debate y promover una postura crítica frente a las acciones y políticas ya establecidas. Estas actividades no se realizaban como una práctica, sino como espacios de interacción ocasional; por ejemplo, se formulaba la siguiente pregunta: “Con base en su conocimiento, ¿qué otras acciones consideran necesarias crear, analizar o establecer en nuestra sociedad en relación al espacio publicitario del alcohol y tabaco?”.
Modelo epidemiológico social / Investigación y monitoreo / Aquí se analiza el estar llevando a cabo investigación que permita observar el impacto de dichas políticas y programas implementados, de tal manera que se ajusten a mejores resultados.	El análisis de las políticas públicas no se desarrolla de manera profunda dentro de los Centros de Integración Juvenil; aunque en los manuales informativos que la institución proporciona para la capacitación existe un apartado que las aborda, este no alcanza el nivel de una investigación que permita conocer su impacto en la sociedad. Esta limitación se extiende también a los programas implementados, por lo que dicho aspecto no se considera un eje central dentro de las acciones que contempla la asociación.
Modelo emancipatorio / Apoyo comunitario / En este ámbito se impulsa la creación de grupos de ayuda mutua y redes de acompañamiento, favoreciendo que las personas afectadas se involucren de manera activa en su etapa de	Este punto habla de una estrategia bien establecida para grupos de ayuda mutua y vínculos de apoyo, contemplado un punto importante previo a la rehabilitación de un paciente, pero que forma parte de la prevención y PS, principalmente en el punto de la transformación social para su recuperación; ahora bien, dado que los grupos a los que atendíamos principalmente eran adolescentes con el objetivo de impedir que se realicen sus primeros consumos de

rehabilitación y generen cambios positivos en su entorno social	sustancias psicoactivas, o bien sospechas de ya un posible inicio, este tema no lo realizamos en ningún momento.
Modelo emancipatorio / Participación comunitaria / Aquí se involucra a la comunidad para la creación de políticas y programas preventivos, asegurando que sus necesidades sean atendidas y escuchadas.	Tal como lo plantea este punto, las intervenciones estaban diseñadas para involucrar a los jóvenes y fomentar el trabajo conjunto. Sin embargo, en nuestra práctica se cubrían los grupos sin realizar la invitación, ni la conformación de grupos de trabajo, ya estaban formados; con excepción de los programas vacacionales, en estos casos sí se convocaba a un grupo específico, por ejemplo, adolescentes de 12 a 17 años, aunque es importante mencionar que dichas actividades se llevaban a cabo únicamente dos veces al año. Durante estos periodos se escuchaban las recomendaciones de los propios jóvenes para su análisis y posible consideración; sin embargo, estas aportaciones no se compartían con el resto del equipo de trabajo y, con frecuencia, se perdía la continuidad de las mismas debido a la falta de tiempo, organización y valoración de sus sugerencias.
Modelo emancipatorio / Redes de apoyo familiar / Aquí se habla de programas que involucran a familias en el proceso de recuperación, brindando herramientas, técnicas y recursos para manejar las adicciones	Durante el periodo en que llevé a cabo mi servicio social, no se realizó ninguna sesión dirigida a núcleos familiares que se encontraran atravesando el proceso de recuperación de alguno de sus integrantes, aunque nunca nos lo propusieron, estaban bien establecidos los grupos de trabajo de la asociación, por lo cual era difícil influir en esas áreas que eran consideradas de la rehabilitación, pero que en realidad sí podrían trabajarse desde el ámbito de la PS.
Modelo emancipatorio / Intervenciones contextualizadas / Aquí se contempla que se adapten las estrategias a las particularidades de cada comunidad, considerando su cultura y entorno.	Se ha mencionado que los manuales no permitían adaptarse a las condiciones y características de cada región, pues su forma de trabajo era guiada y establecida por dichos documentos, aunque, por la influencia de los grupos de trabajo de distintas disciplinas se intentaba adaptar a las particularidades de cada contexto, para tratar de así resolver más ampliamente las necesidades de los estudiantes.

Modelo emancipatorio / Formadores de promotores de la salud / Aquí se habla del interés del modelo para que la población sea un agente activo y crítico en el análisis de los determinantes sociales.	Esta modalidad de intervención con la comunidad no se llevó a cabo; por distintas razones o motivos el Centro y equipo de trabajo al cual yo pertenecía destinaba más sus esfuerzos a cubrir la mayor cantidad de escuelas posibles, normalmente en los lugares en donde teníamos acceso, volvíamos a regresar a las 2 o 3 semanas, o al mes aproximadamente, posterior, por lo cual el generar una actitud activa y crítica en relación a los determinantes sociales no era un punto que contempláramos en el grupo, pero que sí se debería incluir dado el peso en los factores sociales, políticos, económicos y culturales que impactan en el adolescentes.
---	---

Nota: La siguiente tabla muestra las actividades que realiza la PS por medio de sus diversos modelos de intervención, comparado con el modelo desarrollado en el CIJ, a través de sus sesiones informativas.

Esta tabla permitió comparar las acciones que distintos modelos de PS implementan para abordar las problemáticas relacionadas a la ingesta de bebidas alcohólicas y cigarrillos en adolescentes. Dichos resultados se contrastaron con el modelo “Preventivo de Promoción de la Salud” aplicado por los CIJ en sus intervenciones con la misma población, es decir, adolescentes que viven en las zonas cercanas al Centro.

En la tabla se presentan, del lado izquierdo, tres elementos principales: el modelo de referencia, el nombre con el que se identifica y la forma en que se aplica la estrategia en la población. En la columna derecha se señala sí el CIJ lleva a cabo o no dichas acciones, tomando como referencia la experiencia adquirida durante la realización de mi servicio social en la institución. El propósito de este análisis como se había comentado es ofrecer una herramienta que permita al CIJ revisar, fortalecer y ajustar sus estrategias informativas, integrando aquellos aspectos que resulten más efectivos para enfrentar la problemática en la adolescencia.

Otra forma de contribuir a estos logros es por medio de ciertas recomendaciones que haré en relación a la logística y operatividad de las sesiones

informativas que yo hacía en las escuelas, para que de esta forma se logre ampliar aún más este trabajo para beneficio de la misma asociación civil y demás Centros e instituciones que realizan este tipo de actividades.

Recomendaciones en logística y operatividad de las sesiones informativas

- No se cubrían totalmente escuelas ubicadas alrededor de la institución.

Esta situación ocurría con frecuencia debido a la falta de tiempo y personal; sin embargo, en otros casos se debía a la ausencia de un vínculo formal entre ambas instituciones. Por ello, recomiendo que cada CIJ elabore un formato accesible donde se especifiquen los temas que pueden impartirse en las escuelas, organizados por grados y turnos. De este modo, cuando una institución educativa solicite una sesión informativa, tendrá claridad sobre la oferta disponible. Asimismo, sería conveniente establecer una comunicación más estrecha entre los responsables del CIJ y los directivos escolares para facilitar la coordinación.

- Los manuales de CIJ ubican a los adolescentes como una población vulnerable ante el consumo de cualquier sustancia psicoactiva.

Dado que esta situación ha sido identificada científicamente como prioritaria, considero recomendable incorporar las estrategias planteadas en los distintos modelos de PS, esto permitiría brindar una atención más amplia y eficaz a este grupo poblacional, no solo basándose en lo establecido en los manuales institucionales, sino también en las acciones señaladas en el cuadro comparativo.

- Cuando asistíamos a impartir sesiones informativas a escuelas éstas no siempre se encontraban enfocadas a sustancias psicoactivas, sino a otros temas relacionados a medio ambiente, cultura, deporte y otros temas.

Se reconoce la importancia de abordar estos temas en cualquier etapa de la vida y sin restar valor a ninguno de ellos. Sin embargo, considerando la evidencia científica que identifica a los adolescentes como un grupo prioritario en relación al uso de drogas, recomiendo reforzar el trabajo dirigido a padres y maestros. Es

fundamental que comprendan la relevancia de tratar estos temas específicamente en estas edades. Además, se sugiere que, al menos una o dos veces al mes, se realicen sesiones informativas y de seguimiento con cada grupo, con el fin de monitorear su avance.

- Los manuales informativos abordan, desde los 8 y 9 años de edad, el tema de los daños asociados a la ingesta de etanol y tabaco, partiendo siempre del conocimiento previo de los participantes.

Por ello, propongo que, dado que los manuales lo establecen, se alcancen acuerdos formales con las escuelas para que se destine, sin excepciones ni justificaciones, un tiempo suficiente para desarrollar las estrategias preventivas y de PS. Es de suma importancia en aquellas intervenciones diseñadas a largo plazo, ya que permiten una interacción más cercana con cada estudiante y facilitan el conocimiento de sus situaciones particulares.

- CIJ abre sus puertas a todo estudiante, interesado y trabajador sin distinción, para que dentro de sus instalaciones realicen sus actividades de servicio social, prácticas profesionales, así como de programas de jóvenes construyendo el futuro y voluntarios.

Por esta razón, sugiero que las acciones preventivas sean dirigidas por personal que cuente con preparación o experiencia en el ámbito de la salud. En el caso de quienes trabajen en áreas distintas, ellos podrían diseñar y dirigir programas con otros objetivos, de manera que los adolescentes también se beneficien de los conocimientos y aportes propios de la especialidad de cada profesional.

- El convenio que hace CIJ con los profesores de las escuelas, era impartir sesiones informativas a los alumnos, y en el tiempo de receso, dividir el tiempo a la mitad, de tal manera que la primera parte era para consumir sus alimentos, y la segunda para fortalecer lo visto en las sesiones informativas con actividades lúdicas.

La problemática surgía durante los recesos, ya que las actividades lúdicas no siempre estaban relacionadas con la información proporcionada en la sesión, lo que hacía que se perdiera el propósito de reforzar los contenidos teóricos. Por ello, recomiendo analizar cuidadosamente estas actividades para asegurar que realmente contribuyan a los objetivos planteados y no se realicen únicamente con la intención de entretener a los estudiantes sin generar un beneficio formativo.

- Dentro del Centro existían grupos catalogados exclusivamente para el área preventiva, y dentro de ellos encontrábamos compañeros de diversas disciplinas que, al momento de su ingreso, CIJ les asignaba un número de usuario, el cual te permitía ingresar a diversas plataformas en donde se encontraban módulos de información referentes a todo tipo de drogas, cada módulo al ser finalizado presentaba una evaluación para comprobar el conocimiento de las lecturas.

El inconveniente surgía porque estas evaluaciones no siempre eran solicitadas, lo que provocaba que algunos compañeros, aun sin tener pleno dominio de los contenidos, fueran asignados a grupos escolares para impartir sesiones informativas. Esto afectaba negativamente la imagen de la institución, ya que se llegaba a proporcionar información incorrecta, inadecuada para la edad o que generaba confusión tanto en los facilitadores como en los estudiantes. Por ello, se sugiere implementar un seguimiento constante sobre la entrega y revisión de dichas evaluaciones, tomando en cuenta el tiempo que cada colaborador lleva dentro de la institución.

- La carencia de material representaba un problema constante dentro del Centro, ya que limitaba el adecuado desarrollo de las actividades programadas y afectaba la calidad y continuidad de las intervenciones realizadas.

Ante la falta de material, se recomienda elaborar un inventario actualizado de todos los recursos disponibles y reorganizar tanto las actividades lúdicas realizadas durante los recesos como aquellas que se realizaban dentro de los salones de clase, esto permitirá vincular adecuadamente dichas herramientas con los contenidos de las sesiones informativas, garantizando que los recesos realmente refuercen lo

trabajado en clase. Además, sería conveniente diseñar dinámicas alternativas que puedan aplicarse incluso cuando no se cuente con material suficiente.

- En algunos compañeros se observaba la falta de responsabilidad en el cumplimiento de los horarios de entrada para participar en sesiones informativas realizadas en las escuelas.

En varias ocasiones fue necesario enviar, de última hora, a compañeros para cubrir las pláticas de compañeros que no asistían. Por ello, recomiendo que cada grupo cuente siempre con dos facilitadores, por si uno llega a faltar, el otro podrá impartir la sesión completa sin contratiempos, siempre y cuando haya demostrado, a través de las evaluaciones de cada módulo, que domina adecuadamente el contenido, esto garantizaría la calidad del trabajo y la continuidad de las intervenciones.

- Dado que el tema de las adicciones es un módulo importante se debería dar continuidad en los tres niveles de educación básica – secundaria.

Esto se menciona porque, en muchas ocasiones, las sesiones informativas se impartían cuando el estudiante ya cursaba el último grado de secundaria. Si tomamos en cuenta la información de los manuales, gran parte de los factores de riesgo ya se habrían presentado para ese momento, lo que reduce el sentido preventivo con el que estas sesiones fueron diseñadas.

Por ello, recomiendo que el CIJ establezca acuerdos formales con las escuelas secundarias para garantizar al menos una plática en cada grado académico, esto permitiría mantener una continuidad informativa durante toda la trayectoria escolar, convirtiendo las sesiones en un programa estructurado y no en intervenciones aisladas.

- Dar continuidad a estos temas mediante sesiones más amplias, dinámicas e interactivas durante los cursos de verano e invierno.

Dado que el tema de las adicciones es sumamente amplio, recomiendo que una parte significativa de la información se difunda también fuera del ámbito escolar.

Una estrategia adecuada sería incluir estos contenidos en cursos vacacionales dirigidos a jóvenes, así como desarrollar material atractivo para redes sociales, parques y espacios públicos, de este modo, los adolescentes podrán encontrarse con mensajes preventivos en diversos contextos de su vida cotidiana, lo que favorecerá que recuerden la información recibida y tomen decisiones mejor informadas.

- Los encargados de los grupos preventivos no siempre realizaban visitas, ni se mantenían al pendiente del desarrollo de las sesiones impartidas por los compañeros.

En algunas ocasiones, la persona encargada del grupo no supervisaba las sesiones informativas, lo que ocasionaba que las intervenciones impartidas fueran demasiado básicas. Ante esta situación, recomiendo que el responsable diseñe una hoja de evaluación que especifique los aspectos que cada facilitador debe abordar durante su intervención, esto permitiría asegurar que la información transmitida a los adolescentes sea completa, adecuada y congruente con los objetivos preventivos.

- No se contaba con una actualización periódica de los temas informativos, lo que limitaba la eficacia de los temas impartidos.

Los manuales están diseñados de manera uniforme para todos los grupos y contextos, sin considerar las particularidades de cada región. Por ello, recomiendo que en cada sesión se solicite al grupo, mediante una votación o dinámica participativa, ubicar los riesgos más habituales en su contexto cercano; a partir de los FR que resulten más relevantes, se deberían trabajar estrategias durante la misma sesión, incorporando posibles soluciones mediante la promoción de factores protectores.

- El tiempo en cada sesión informativa era insuficiente para profundizar en el extenso tema de las drogas y adicciones.

Las escuelas no siempre solicitaban nuestras sesiones con regularidad; por ello, cuando finalmente se programaban, tendíamos a abarcar una gran cantidad de

información en poco tiempo, lo que impedía profundizar adecuadamente en cada tema y dificultaba la reflexión por parte de los estudiantes. Ante esta situación, recomiendo promover de manera constante estas sesiones entre los directivos escolares, destacando su importancia y pertinencia, al fortalecer la comunicación y el interés institucional, se podrían asegurar más oportunidades de intervención a lo largo del ciclo escolar.

- No se valoraba el esfuerzo que realizaba la institución, por lo tanto, no había un gran reconocimiento de sus intervenciones.

En varias de las escuelas que visité, tanto alumnos como docentes desconocían la existencia y el trabajo de la asociación. Por esta razón, considero fundamental fortalecer las estrategias de difusión institucional; una vía es la publicación diaria de contenido en redes sociales, lo que permite aumentar la visibilidad de las actividades y del enfoque de trabajo; incorporar nuevas acciones que amplíen el alcance, como transmitir en vivo las sesiones informativas, difundir cursos vacacionales, generar contenido con personal especializado que aborde temas de salud en las páginas oficiales, promover campañas informativas y desarrollar actividades comunitarias que fortalezcan la presencia de la institución.

- Los manuales que ofrece CIJ se encuentran divididos por edades, ciclo escolar y tipos de drogas, para que cada intervención se realice con la información más apta para el estudiante

Ante esta situación, recomiendo establecer un diálogo constante con directivos y docentes, con el fin de resaltar la importancia de trabajar de manera continua con los estudiantes durante cada ciclo escolar. Esto no solo fortalecería la comprensión del valor preventivo de las intervenciones, sino que también proporcionaría un respaldo adicional para mantener una participación activa dentro del entorno escolar, entorno estratégico para la puesta en práctica de acciones preventivas.

- CIJ debería de involucrar en sus intervenciones algún tipo de estadística que permita conocer el total de estudiantes que han hecho uso de algún

tipo de sustancia adictiva, para no basarnos en datos nacionales y antiguos que ofrece sus manuales, que, pesar de estar bien fundamentados son datos antiguos que podrían alterar la realidad de la situación.

Por ello, recomiendo que en cada intervención se distribuya un formulario anónimo, con el propósito de que los adolescentes se sientan en confianza para expresar su realidad respecto a la ingesta de sustancias adictivas, tanto a nivel personal como en su entorno, esto permitiría obtener evidencia local sobre la magnitud del problema y contar con un panorama más preciso, a partir del cual puedan diseñarse o ajustarse nuevas estrategias que contribuyan a enfrentar de manera más efectiva esta problemática social.

- Los CIJ no desarrollan sus intervenciones a partir del enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Recomiendo incorporar este modelo en las intervenciones, ya que permitiría analizar de manera más completa las condiciones sociales que rodean al adolescente. Contar con información sobre los factores personales, sociales, económicos, ambientales y conductuales ofrecería un panorama mucho más amplio para comprender su realidad cotidiana.

A partir de este entendimiento integral, sería posible diseñar estrategias de apoyo más pertinentes, sensibles y efectivas, adaptadas a las características y requerimientos de cada persona.

- No se establecía ningún tipo de acercamiento ni comunicación con padres de familia o tutores.

Por lo tanto, recomiendo que los CIJ diseñen un programa específico dirigido exclusivamente a padres y madres de adolescentes. Este programa debería enfocarse en proporcionar información actualizada, estrategias de crianza y herramientas prácticas que les permitan identificar señales tempranas de riesgo, fortalecer la comunicación familiar y fomentar entornos protectores dentro del hogar.

La implementación de este programa, en coordinación con docentes y facilitadores del Centro, posibilitaría una intervención más integral, al involucrar activamente a los tres actores clave en el desarrollo del adolescente: familia, escuela y comunidad. De esta manera, se ampliarían las oportunidades para prevenir el uso de drogas a esta edad, promoviendo una red de apoyo coherente, sólida y orientada a la protección del bienestar de los jóvenes.

- No se otorgaba prioridad a escuelas ubicadas en contextos marginados, ni a aquellas que presentaban evidencia de consumo de drogas, lo que limitaba el alcance de las intervenciones preventivas hacia los grupos con mayor nivel de vulnerabilidad.

Los CIJ deberían otorgar una atención prioritaria a aquellas escuelas ubicadas en contextos socio-urbanos de mayor vulnerabilidad, dado que estas zonas suelen presentar riesgos más elevados relacionados con la ingesta de drogas. Por ello, recomiendo identificar aquellas escuelas y fortalecer la presencia institucional en ellos.

Esta presencia podría materializarse mediante la implementación constante de diversas estrategias preventivas, tales como la colocación de carteles informativos, la realización de pláticas y talleres especializados, la participación de expertos en adicciones, la invitación de los estudiantes a cursos vacacionales organizados por los CIJ, así como la difusión continua de los servicios que ofrecen los CIJ.

La combinación de estas acciones no solo permitiría ampliar el alcance de la información preventiva, sino también generar un impacto significativo en el entorno escolar y comunitario, contribuyendo a modificar las condiciones que facilitan el consumo de drogas y fortaleciendo los factores protectores en la población adolescente.

- Los maestros encargados de vigilar y supervisar nuestra forma de trabajo, no contaban con el conocimiento necesario sobre los procedimientos para el manejo de situaciones relacionadas al consumo de drogas.

Por lo tanto, recomiendo que los CIJ establezcan un trabajo colaborativo continuo con el personal docente, con el objetivo de desarrollar sus capacidades para abordar correctamente los asuntos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas y la prevención de adicciones. Esta colaboración podría incluir capacitaciones periódicas, talleres prácticos, entrega de materiales actualizados y asesoría técnica especializada.

De esta manera, los docentes no dependerán exclusivamente de la presencia del personal del CIJ para tratar estos contenidos, sino que desarrollarán la capacidad de integrarlos de forma autónoma y pertinente dentro de su labor educativa cotidiana. Además, esto permitiría que la prevención se convierta en un esfuerzo sostenido dentro del entorno escolar, reforzando los mensajes clave y asegurando una atención más oportuna a las necesidades de los estudiantes.

- El material utilizado durante las intervenciones era retirado una vez concluidas las actividades y trasladado nuevamente al Centro, lo que impedía su permanencia para reforzar los contenidos trabajados.

Recomiendo la elaboración de materiales informativos que puedan leerse de manera grupal y que resulten visualmente atractivos para los adolescentes para que, al recorrer su escuela, podrán visualizar con facilidad la información presentada y mantenerse conscientes de las posibles consecuencias asociadas a la ingesta de distintas sustancias adictivas.

- El CIJ tendría que ofrecer orientación clara acerca de los Centros a los que se puede acudir en caso de presentar dificultades por el uso de drogas.

En múltiples ocasiones, la única institución recomendada para atender problemas relacionados a la ingesta de drogas eran los CIJ. Por ello, sugiero realizar un mapeo actualizado de las instituciones públicas y privadas, tanto gratuitas como de costo, que ofrezcan atención integral a este tipo de problemáticas, ya sea en el ámbito físico, mental o social, de esta manera, los adolescentes podrán contar con múltiples alternativas de apoyo accesibles en caso de necesitarlas.

- El tema de los daños y consecuencias del consumo de drogas no tenía una relevancia significativa dentro de las sesiones impartidas.

Se recomienda que, durante las intervenciones, se dé prioridad a los riesgos y efectos negativos asociados al uso de sustancias adictivas, estos aspectos no deberían presentarse como un elemento secundario, sino como un eje prioritario dentro de la sesión. Al hacerlo, se favorece una concientización más profunda en los adolescentes, permitiéndoles comprender que cualquier tipo de consumo implica repercusiones tanto para sí mismos como para quienes los rodean.

- No se contaba con procesos de formación y capacitación continúa dirigidos al personal y a los prestadores de servicio social, lo que limitaba el fortalecimiento de sus conocimientos y habilidades para la adecuada implementación de las intervenciones.

Se propone que los CIJ brinden capacitación continua a todo el personal encargado de impartir pláticas, no limitándose únicamente al contenido de los manuales institucionales, esta formación debería complementarse con conferencias, investigaciones recientes, artículos científicos, espacios de debate y otras actividades académicas que fortalezcan sus conocimientos. De esta manera, el personal estaría mejor preparado para transmitir información actualizada, fundamentada y de mayor calidad a la comunidad.

- No se promovía una interacción efectiva entre la comunidad y los CIJ, lo que limitaba la participación comunitaria e intercambio de información.

Por lo tanto, propongo habilitar o crear un canal de WhatsApp destinado a la difusión de información relacionada con las adicciones, dirigido tanto a la comunidad en general como, de manera particular, a las escuelas cercanas a la asociación. Este medio permitiría comunicar de forma constante las actividades programadas por el Centro, compartir recomendaciones pertinentes e incluso generar espacios de interacción informativa sobre el tema. Todo el contenido difundido debería alinearse con los modelos de intervención establecidos por los CIJ, garantizando así coherencia y rigor en la información proporcionada.

- No se implementaban evaluaciones que permitirán identificar el nivel de conocimiento de los adolescentes antes y después de las intervenciones, lo que impedía medir el impacto real de las acciones realizadas.

Por lo tanto, se propone la creación de un formato estructurado, similar al utilizado previamente para recopilar estadísticas de consumo, que permita evaluar de manera sistemática el impacto de las sesiones informativas en los adolescentes. Este instrumento deberá recoger indicadores sobre el nivel de comprensión, cambios en actitudes, percepciones de riesgo y posibles modificaciones en las conductas relacionadas con la ingesta de drogas; pues al contar con esta información facilitará la retroalimentación continua del programa, permitiendo identificar áreas de mejora y facilitando la elaboración de estrategias más pertinentes y orientadas a las necesidades reales de este grupo.

- No se realizaba una evaluación del nivel de conocimiento y preparación de los encargados de impartir las sesiones informativas.

Por ello, propongo que se realicen evaluaciones periódicas para identificar el nivel de dominio que el personal tiene sobre los temas que se imparten a los estudiantes; y en aquellos casos en donde se requiera reformular, los responsables y directivos podrán implementar estrategias o dinámicas de capacitación que fortalezcan sus conocimientos y aseguren una adecuada transmisión de la información.

4. Conclusiones

El presente trabajo tuvo como propósito analizar el modelo de PS que utiliza el CIJ GAM Oriente, en las sesiones informativas sobre la ingesta de bebidas alcohólicas y cigarrillos dirigidas a adolescentes de 12 a 14 años que cursan la educación secundaria, comparándolo con otros modelos desarrollados en este ámbito. A partir de esta comparación, se buscó identificar estrategias útiles que el CIJ pudiera incorporar para fortalecer y hacer más eficaces sus intervenciones, con el fin de contribuir a la disminución del uso en los adolescentes de la colonia San Juan de Aragón VII sección.

¿Se logró dicho objetivo? Sí, aunque solo de manera parcial. Esto se debe a que, por un lado, el análisis de las tablas que describen las acciones de distintos modelos de PS, comparadas con las actividades realizadas durante las sesiones informativas, permitió identificar varias estrategias que el Centro podría incorporar para mejorar su trabajo. Al mismo tiempo, también fue posible detectar aquellas acciones que aún requieren ser ajustadas o reforzadas, lo que genera el compromiso de seguir trabajando en su reformulación. No obstante, el logro fue parcial porque no se pudo profundizar completamente en estas áreas debido a limitaciones de tiempo y recursos, esta situación evidencia la necesidad de continuar investigando y ampliando las perspectivas abordadas en este estudio.

Asimismo, los aportes derivados de esta investigación pueden relacionarse con diferentes ámbitos; por un lado, se destaca la importancia de fortalecer el papel de la PS en el abordaje de la ingesta de etanol y tabaco en adolescentes. Este análisis permitió identificar elementos que pueden enriquecer el trabajo del Centro, especialmente mediante la integración de estrategias y metodologías más diversas y contextualizadas. De esta manera, no solo se reduce el riesgo de consumo, sino que también se fomenta que los adolescentes desarrollen una postura más crítica, informada y responsable frente a sus decisiones y acciones cotidianas.

Por otro lado, es relevante considerar que estos hallazgos no solo son útiles para el CIJ GAM Oriente, sino que también pueden servir como referencia para otros Centros que enfrentan problemáticas similares. La identificación de estrategias efectivas y áreas de oportunidad puede contribuir al fortalecimiento de las prácticas institucionales en distintos niveles, ampliando el impacto preventivo de la PS en contextos escolares y comunitarios.

Finalmente, uno de los hallazgos más relevantes de esta investigación es el reconocimiento del valioso trabajo que realiza el CIJ GAM Oriente. A pesar de que su labor no siempre es visibilizada por la sociedad ni por la comunidad universitaria —aspecto que destaco, ya que durante mi formación universitaria desconocía la existencia de una asociación civil involucrada en la atención del consumo de alcohol y tabaco en diversos contextos—, la institución cumple una función esencial en la

atención de las adicciones, en donde la PS encaja perfectamente, su modelo preventivo: por ello, resulta relevante destacar su labor y considerarla como un referente para el diseño y la implementación de futuras intervenciones.

En ese sentido su intervención cotidiana es esencial para sensibilizar, prevenir, informar y fortalecer a adolescentes, jóvenes, adultos y a la comunidad en general, contribuyendo de manera directa a la reducción y atención de esta problemática social. Por ello, resulta indispensable continuar apoyando y enriqueciendo su labor mediante investigaciones, propuestas y estrategias que fortalezcan su presencia y efectividad tal como lo fue el presente estudio de titulación.

Ahora bien, a lo largo de la investigación se identificaron diversas limitaciones e impedimentos que, si bien no afectaron directamente su desarrollo, sí permitieron reconocer las principales áreas que requieren atención para poder ampliar estos trabajos en futuros años. En caso de no abordarse, estas mismas dificultades continuarán repitiéndose en investigaciones e intervenciones posteriores, lo cual es relevante, ya que cada estudio funciona como guía y, en muchos casos, como referencia inicial para desarrollar un conocimiento más amplio y completo.

La primera limitación identificada fue la falta de información sobre las estrategias aplicadas en PS. Durante la investigación se observó que existe una bibliografía muy limitada respecto a la manera en que esta disciplina actúa en los distintos ámbitos donde interviene, así como en lo relacionado específicamente con la prevención del uso de bebidas alcohólicas y cigarrillos en adolescentes. Superar estas carencias y ampliar la documentación disponible permitiría una comprensión más global del tema, favoreciendo la producción de trabajos e intervenciones más eficientes y pertinentes para la población en general.

Otra limitación identificada fue la escasa presencia de acciones propias de la PS dentro de instituciones como los CIJ. A lo largo del estudio se observó que, aunque las intervenciones preventivas sí tenían un mayor protagonismo, las actividades específicamente orientadas a la PS estaban poco integradas en las sesiones informativas, por lo cual la atención se centraba principalmente en la

detección de riesgos, dejando en segundo plano la promoción y el mejoramiento de cambios orientados a estilos de vida saludables.

Una más de ellas se observa al momento de impartir las sesiones informativas a los adolescentes en las escuelas, actualmente, no se cuenta con una evaluación que permita conocer el nivel de comprensión que lograron los estudiantes después de la visita del CIJ, ni con un mecanismo de retroalimentación que ayude a identificar los aciertos y errores del equipo expositor. Debido a ello, este aspecto lo incluyo como una limitación más del trabajo, pues contar con dicha información habría permitido elaborar un análisis más amplio, con datos numéricos, estadísticas y recomendaciones más precisas para quienes utilicen este material.

En síntesis, las limitaciones identificadas evidencian áreas de mejora necesarias para fortalecer la intervención con adolescentes, sin embargo, más allá de identificarlas y exponerlas en este trabajo es fundamental destacar el enorme desafío que tiene por delante la PS al enfrentar el problema de la ingesta de sustancias adictivas en la sociedad actual, ya que este fenómeno es cada vez es más complejo y multifactorial, y exige estrategias más sólidas, flexibles y adaptadas a las realidades de los distintos grupos poblacionales, especialmente en el caso de los adolescentes.

Ahora bien, un dato que no puede pasar desapercibido es el mencionado en las estadísticas presentadas en la justificación, el cual se refiere al uso de cigarrillos electrónicos. Estos se han consolidado como una práctica cada vez más frecuente entre los jóvenes, evidenciando una transformación en los patrones tradicionales de consumo de sustancias. En este sentido, resulta fundamental no minimizar su impacto, ya que puede representar una puerta de entrada a otras formas de consumo y generar implicaciones en la salud a corto y largo plazo. Por ello, se vuelve indispensable fortalecer las estrategias de prevención, promover información clara y basada en evidencia, y fomentar entornos protectores que permitan atender de manera oportuna esta problemática emergente.

Para continuar en estas conclusiones pasamos al apartado donde se contrastan las acciones que los modelos de PS han implementado para abordar el

uso de drogas en la adolescencia, con el modelo que el Centro lleva a cabo durante estos mismos contextos. Dicho contraste permite visualizar claramente los avances, las carencias y las oportunidades de mejora en las estrategias utilizadas.

A continuación, presentaré un resumen de los hallazgos más relevantes identificados en esta investigación, desglosando las estrategias aplicadas desde los modelos de Promoción de la Salud analizados. Para ello, se señalarán tanto los aspectos que **no** se cumplían dentro de las sesiones informativas, como aquellos que **sí** se vinculaban adecuadamente con la metodología de trabajo.

El primer modelo descrito es el Modelo Popular, el cual se fundamenta en el conocimiento y participación activa de la comunidad. Este enfoque busca que la propia población se involucre en la identificación de sus necesidades y en la toma de decisiones que contribuyan a mejorar su salud, fortaleciendo sus capacidades y promoviendo la acción colectiva.

De las seis acciones que propone este modelo para enfrentar la problemática, el Centro únicamente aplica dos durante sus sesiones informativas: la **educación y sensibilización**, y las **acciones colectivas**. Sin embargo, se encuentran ausentes elementos como el **empoderamiento comunitario**, el rescate de **conocimientos locales**, la creación de **redes de apoyo** y la **intervención en el contexto**.

Estas acciones faltantes son fundamentales, ya que implican un involucramiento más cercano con la comunidad, permitiendo que, a partir de sus propios conocimientos, experiencias, vivencias y del entorno en el que se desarrollan, puedan diseñarse estrategias adecuadas y pertinentes para atender las problemáticas específicas de su realidad.

El modelo higienista–preventivo se orienta, como lo indica su propio nombre, en la prevención de adicciones y enfermedades, así como en el control de los factores que promueven su aparición. Esto se logra principalmente mediante la promoción de hábitos individuales saludables y la implementación de medidas de

higiene, abordadas a través de intervenciones previas al consumo, como las sesiones informativas dirigidas a adolescentes.

En la tabla comparativa se observa que, de las seis acciones contempladas por este modelo, el Centro implementa cuatro. Las dos que no se llevan a cabo: **participación comunitaria y detección temprana**, estas suelen quedar fuera debido al escaso tiempo disponible para trabajar con cada grupo y a la alta demanda de escuelas que solicitan estas intervenciones en la zona de influencia del Centro.

En cuanto a las acciones que sí coinciden en el modelo higienista–preventivo y lo que el Centro implementa, se encuentran: **educación y sensibilización, fomento de estilos de vida saludable, políticas de salud pública e intervenciones multidisciplinarias**.

Aunque estas áreas aún pueden fortalecerse, el Centro las lleva a cabo de manera constante, lo que contribuye significativamente a la estrategia de PS, pues integra la educación para la salud, la adopción de estilos de vida saludables y la participación de diferentes áreas del ámbito sanitario.

El siguiente modelo descrito es el modelo epidemiológico, el cual, como se explicó previamente, examina las situaciones presentes en la comunidad considerando los elementos que impactan en la vida de la población, como los aspectos económicos, culturales y sociales. Para alcanzar mayor eficacia, este modelo incorpora datos epidemiológicos que permiten comprender las condiciones en el que la población vive y se desenvuelve.

En la tabla se observa que, de las cinco acciones que conforman este modelo, solo la **educación y concientización** es implementada por la institución. Permanecen ausentes el **análisis de determinantes sociales, la participación comunitaria, la prevención estructural y la investigación y monitoreo**, esto se debe principalmente a la falta de un involucramiento más profundo con la población, a la ausencia de un estudio que permita conocer las condiciones en las que se desarrollan los adolescentes y a la necesidad de integrar la teoría con la práctica para enfrentar de manera más efectiva los fr.

Llevar estos puntos a un nivel más amplio implicaría desarrollar actividades más complejas y que incluso excedan nuestras funciones, como la revisión o creación de políticas públicas, la incorporación de estas acciones podría contribuir a obtener resultados más eficaces; sin embargo, es importante señalar que dicho componente también se encuentra ausente dentro de las estrategias consideradas en este modelo.

El último modelo incluido en la tabla fue el modelo emancipatorio, el cual, como se explicó previamente, busca generar transformaciones en las condiciones que provocan desigualdades en su salud del ser humano, facilitando capacidades para que las personas ejerzan mayor control sobre su salud. Este modelo busca romper con el enfoque central, y en cambio, permite que la comunidad participe activamente tratando de brindar alternativas frente a los problemas de salud identificados.

Este modelo en la tabla comparativa contempla cinco áreas de acción; sin embargo, de ellas, el Centro únicamente implementa parcialmente una, que es la **participación comunitaria**. Esto se debe a que, si bien se involucró a la comunidad en la creación de ciertos programas preventivos, no ejerció influencia alguna en la formulación de políticas públicas.

Los puntos en los que no se estableció ningún vínculo fueron el **apoyo comunitario, las redes de apoyo familiar, las intervenciones contextualizadas y la capacitación de formadores en Promoción de la Salud**. Esta situación se atribuye a la falta de tiempo, espacios adecuados, personal capacitado, así como de acceso a información, nuevos elementos teóricos y materiales educativos tanto por parte de los Centros en general como de la institución específica (GAM Oriente).

Una vez analizado el resumen que permitió entender la tabla comparativa entre los modelos de PS aplicados en estos contextos, es importante destacar un aspecto fundamental que debe considerarse en este trabajo. En el modelo preventivo utilizado por el Centro, el enfoque se concentra principalmente en los factores de riesgo; su lógica plantea que, a mayor exposición a estos factores, mayor será la probabilidad de que los adolescentes comiencen el uso de sustancias

adictivas. Aunque, este enfoque deja en segundo plano otros elementos que, para la PS, resultan de gran importancia, como los factores sociales, económicos, psicológicos, culturales y los distintos contextos que influyen en el bienestar de este grupo poblacional.

Esto implica entender que la participación de la PS en estos asuntos debe ir más allá de solo proporcionar información, su labor implica actuar sobre los determinantes sociales, es decir, sobre las condiciones de vida que forman los diferentes contextos de una población y que provocan que algunos grupos sean más vulnerables que otros, aun cuando vivan en el mismo lugar, pero enfrenten situaciones y circunstancias distintas.

Ahora bien, dentro de estas mismas recomendaciones, es importante añadir a las conclusiones de este trabajo la necesidad de incorporar, dentro de las estrategias, una de las tareas fundamentales de la PS: la elaboración de diagnósticos comunitarios; ya que esta herramienta permite conocer la realidad del grupo de adolescentes con el que se trabaja.

Para que el material y las intervenciones realmente tengan efecto, es indispensable identificar en cada sesión informativa los problemas, fortalezas, necesidades y recursos; sólo a partir de este conocimiento es posible planificar estrategias que respondan de manera efectiva a sus problemáticas. Por ello, en cada intervención debe considerarse el tiempo necesario para realizar este diagnóstico, ya que constituye un elemento esencial en el diseño de actividades de PS.

Así mismo, la importancia de mencionar que la sociedad no sólo enfrenta el problema de las drogas legales; también se encuentra ante una nueva ola de drogas sintéticas que representan desafíos aún mayores para la salud pública. Su fácil fabricación, sus efectos impredecibles y su alta potencia las convierten en sustancias especialmente peligrosas para los adolescentes. Frente a este panorama, la PS debe asumir una participación más relevante, que vaya más allá de proporcionar información, es necesario intervenir en los contextos y factores sociales que propician su uso, mediante educación actualizada y basada en

evidencia científica, con estrategias dirigidas a familias, escuelas y comunidades que fortalezcan habilidades, redes de apoyo y entornos protectores.

Por último, es importante señalar que, para diseñar un proyecto realmente efectivo que fortalezca las sesiones informativas de la institución, resulta necesario considerar e integrar las acciones previamente mencionadas. Esto permitiría desarrollar propuestas preventivas y de PS más sólidas, no sólo para el CIJ GAM Oriente, sino también para los demás Centros de la zona, del estado e incluso del país. La puesta en marcha de estas estrategias incrementaría de manera notable la probabilidad de éxito y la efectividad de los programas, contribuyendo directamente al cumplimiento de los objetivos institucionales.

5. Referencias

Aguilar, P. I. (2009). Treinta años de Alma - Ata: Interpretaciones y consecuencias para el bienestar psicosocial y la salud comunitaria. *Persona*, (12), 153-165.

Ahumada, C.J., Gámez, M.M., y Valdez, M.C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Redalyc*, 13 (2), 13-24.

Allen, B. M., y Waterman, H. D. (2019). American Academy of Pediatrics: Healthychildren.org. Recuperado de: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>

Arellanez, H.J., Díaz, N.D., Guerrero. M. A., León, L.L., León, P.B., Márquez, S.V., Orueta, A.J., Prado, G.J., Quintanilla, B.J., Rodríguez, K.S., Romero, R.R., Sánchez, G.A., Sánchez, H.R. y Soubran, O.L. (2014). *Consumo de drogas: riesgos y consecuencias*. D.F. México: Centros de Integración Juvenil.

Asentamiento Código Postal Estrato Socio-Urbano. (2018). *CIJ*. Recuperado de http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9350/CSD/9350_CS_ESU.pdf

Asociación Española Contra el Cáncer. (2011). *Tabaco y mitos*. Madrid, España: aecc.

Ávila, A. M. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*, 51 (2), 71-73.

Barret, P., Pérez, M., Roa, M., López, A. y Rubiano, G. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. *Salud Univ. Boyacá*. 1 (2), 31-50.

Becoña, I. E. y Cortés, T. M. (2011) *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona, España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Becoña, I. E., y Oblitas, G. L. (2003). Psicología de la salud y adicciones: perspectiva terapéutica. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21 (1).

Biblioteca Sede OPS (2005). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington, D.C.

Bonilla, E. & Rodriguez, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá, Colombia: Nomos

Cantú, M. P., Cerqueira, M. T. y Arroyo, A. H. (2012). *Promoción de la salud una Tarea y Desafío Vigentes*. Nuevo León, México: UANL.

Casas, R. M., y Ceñal, G. F. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatra Integral*, 9 (1), 20-24.

Centros de Integración Juvenil, A. C. (2014). *Programas de servicio social y practicas académicas Centros de Integración Juvenil*, A. C. Ciudad de México, México: CIJ.

Centros de Integración Juvenil, A.C. (2018). *Estrategia preventiva: sensibilización e incremento de la percepción de riesgo*. Ciudad de México, México: CIJ.

Centros de Integración Juvenil, A. C. (2019). *Recomendaciones y líneas de acción para el periodo 2018 - 2024 en el CIJ Mazatlán*. Mazatlán, México: CIJ.

Centros de Integración Juvenil, A. C. (2020). *Módulo básico Centros de Integración Juvenil: ¿Quiénes somos?* Ciudad de México, México: CIJ.

Centros de Integración Juvenil, A. C. (2023). *Consumo de drogas en solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil*. Ciudad de México, México: CIJ.

Cheeman, M. S., y Suárez, L. N. (2014). Factores de riesgo y protectores del tabaquismo en estudiantes de la Facultad Ciencias Médicas USAC, Guatemala. *Horizonte sanitario*, 13 (3).

Cruz, M.C., León, P.B. y Angulo, R. E. (2019). *Lo que hay que saber de las drogas*. CDMX, México: Centros de Integración Juvenil.

Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2022). *Estrategia Nacional para la prevención de adicciones*. CDMX, México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/campana-nacional-contra-las-adicciones-en-tiempos-de-covid-19-y-salud-mental>

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz e Instituto Nacional de Salud Pública. (2025). *Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco ENCODAT 2025*. Secretaría de Salud / INPRFM.

Córdoba, G.R. y Samitier, L.E. (2008). *50 mitos del tabaco*. Gobierno de Aragón: Departamento de Salud y Consumo.

Córdova, A.A., Méndez, L.M. y Rivera, M.V. (2010). *Los jóvenes y el alcohol en México*. D.F. México: Centros de Integración Juvenil.

Cortés, S.M., Ibarra, H. J., Arellano, A. J., Fierro, R. A. y Eguibar, C. J. (Ed.). (2018). *Las Neurociencias como una herramienta para el manejo de las adicciones*. Ciudad de México, México: CNDH.

Davia, C. M., Loreto, T. M., Almudena, T. M., Tárraga, L. P. (2022). Patología orgánica asociada al tabaquismo. *Scielo*, 7(4), 385-408.

Díaz, L. C., y León, G. E. (Ed.). (2014). *Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en ciencias sociales*. Ciudad de México, México: TIRANT HUMANIDADES.

Donado, B.E., y Striedinger, M.G. (2014). Grupo etario de 9-15 años periodo crítico para adquirir la adicción al tabaquismo y momento ideal para programas educativos de prevención. *Escenarios*, 12 (1), 74-84.

ENCODAT (2016). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: reporte de alcohol*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

ENCODAT (2016). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: reporte tabaco*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

ENCODE (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol*. Ciudad de México, México: INPRFM.

Fernández, P. A. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, profeso familiar y expresiones humorísticas. *Redalyc*, 50 (2), 445-466.

Gaete, P. V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de Pediatría*, 86 (6), 436-443.

Gallardo, C. J., Sánchez, H. I., y Almonacid, S. C. (Ed.). (2004). *Planta del tabaco. Composición físico - química del humo del tabaco*. Patología asociada a su consumo. Madrid, España: NEUMOMADRID.

Gobierno de México. (2018). *Programa de tratamiento y rehabilitación*. Ciudad de México. México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/cij/acciones-y-programas/programa-de-tratamiento-y-rehabilitacion-117988>

Gózales, A. L. (2012). Modelo higienista y educación para la salud. *Revista española de salud pública*, 86 (2), 221-227.

González, B. E., Zavala, A. L., Rivera, R. L., Leyva, L. A., Natera, R. G., y Reynales, S. L. (2019). Factores sociales asociados con el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes mexicanos de poblaciones menores a 100 000 habitantes. *Salud Pública de México*, 61 (6), 764-774.

Güemes, H. M., Ceñal, G. F., y Hidalgo, V. M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21 (4), 233-244.

Güemes, H. M., Ceñal, G. G., y Hidalgo, V. M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Adolescere*, 5 (1), 7-22.

Guerra, H. I. (2023). Fases del proceso adictivo según la Organización Mundial de la Salud. *UAEH*, 10 (19), 62-64.

Heinze, M. G. (1987). Los efectos del alcohol y sus interacciones con los fármacos. *Salud mental*, 10(4).

Herrera, G.A., y Corvalán, B.M. (2017). Tabaquismo en el adolescente. *Scielo*, 33, 236-238.

Hidalgo, V. M., y Ceñal, G. F. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *ELSEVIER*, 12 (1), 42-46.

Iglesias, D. J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral* 17 (2), 88 - 93.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Drogas Alcohol y Tabaco 2016 – 2017. Reporte Alcohol*. INPRFM.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Drogas Alcohol y Tabaco 2016 – 2017. Reporte Tabaco*. INPRFM.

Lizaraso, C. K. (2012). *Promoción de la salud: un tema pendiente*. Horizonte Médico, 12 (2), 6-7.

Lugones, B.M., Ramírez, B.M., Pichs, G.L., y Miyar, P.E. (2006). Las consecuencias del tabaquismo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 44 (3).

Marín, C. A., Hoyos, O. L., y Sierra, P. A. (2019). Factores de riesgo y factores protectores relacionados con el ciberbullying entre adolescentes: una revisión sistemática. *Redalyc*, 40 (2).

Martínez, L.P., Gómez, S.A., y Ortega, P.S. (2005). Adicciones y patrones familiares de conducta. *Redalyc*, 13 (1), 5-11.

Morales, B.N., Plazas, M., Sánchez, R., y Arena, V. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 673-683.

Morris, J.N. (2003), La epidemiología de los determinantes sociales de la salud. *Revista Internacional de Epidemiología*, 32 (6).

Moya, G., Sánchez, M. A., Flores, C. J., Bobes, G., Farré, M., Álvarez, V., Torrens, M., Luna, M., Díez, T., Sendino, G., y Salvador, C., (2007). *Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre las drogas: Informe alcohol*. Madrid, España: pnsd.

MUCD (2020). *Conocer para transformar desde lo local*. Ciudad de México, México. Recuperando de: <https://www.mucd.org.mx/conocer-para-transformar/>

Muñoz, A.M., Gallego, C.C., Wartski, P.C., y Álvarez, S. L. (2012). Fórmula y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. *Scielo*, 21 (3).

Muñoz, C. R., y Rodríguez, M. M. (2014). Factores relacionados con el inicio en el consumo de tabaco en alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria. *Scielo*, 13 (35).

Musayon, O.Y., Torres, D.C., Sánchez, D.E., y Chávez, C. E. (2005). Factores de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en escolares de educación secundaria. *Scielo*, 23 (1), 54-67.

Nahuatt, J.R., y Suárez, L.N. (2006). Comportamiento del tabaquismo en adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica No. 10. Cárdenas, Tabasco. 2005. *Dialnet*, 5 (2).

Nohlen, D. (Ed.). (2020). *Antologías para el estudio y la enseñanza de la ciencia política*. Ciudad de México, México: ISBN

Organización Panamericana de la Salud. (1996). *Promoción de la Salud: una antología*. Washington, EUA: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa, Canadá: PAHO. Recuperado de: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-sp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022*. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56263/OPSNMHRF220023_spa.pdf?sequence=5

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Comité de Expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol. Segundo Informe*. Ginebra, Suiza: OMS.

Pereira, A. C., Rosales, F. R., Muñoz, M. C., y Delgado, C. V. (2019). Determinación social de la salud: algunas reflexiones a partir del trabajo académico en países latinoamericanos. *Salud problema*, 13 (26).

Pérez, C.N., Pérez, C.H., y Fernández, M.E. (2007). Nicotina y adicción: Un enfoque molecular del tabaquismo. *Redalyc*, 6 (1).

Pérez, R. E., Soler, S. Y., Pérez, R. R., y González, O. G. (2016). Factores de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *Multimed*, 20 (2), 308-321.

Restrepo, H. E. y Málaga, H. (2002). *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá, Colombia: Panamericana

Riesgo, M. C. (2007). Consumo de alcohol en los jóvenes. *Evidencia en pediatría*, 3 (1).

Rizo, B.M. Noreña, P.A., Vázquez, T.M., Kuzmar, P.I., y Cortés, C.E. (2018). Factores de riesgo de consumo de tabaco en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 13 (5).

Rojas, V. M., Rodríguez, C. A., Zereceda, G. J. y Otiniano, C. F. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima, Perú: Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas.

Roldan, S. Y., Pérez, R. R., Falcón, F. I., y Borges, T. O. (2021). Patrones de consumo de drogas en adolescentes ingresados en el Hospital Pediátrico Provincial de Camagüey. *Scielo*, 21 (1).

Saa, C.A., Salvador, A.M., Guillem, S.J., y Saiz, S.C. (2022). Mitos sobre el tabaco: una pregunta de examen. *Scielo*, 11 (42).

Secretaria General de Sanidad. (2007). *Realidad, mitos, efectos, tipos, riegos, abuso, consumo, dependencia drogas*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Serrano, P. M. y Rojo, M. A. (Ed.). (2004). *Historia y Epidemiología del tabaquismo*. Madrid, España: NEUMOMADRID

Shamah, L.T., Lazcano, P.E., Cuevas, N.L., Romero, M.M., Gaona, P.E., Gómez, A.L., Mendoza, A.L., Méndez, G. y Humarán I. (2024) *Consumo de tabaco fumado en población de 10 a 19 años México, Ensanut Continua 2023* [tabla de resultados].

https://insp.mx/resources/images/stories/2025/docs/250108_Ensanut_23.pdf

Shamah, L.T., Lazcano, P.E., Cuevas, N.L., Romero, M.M., Gaona, P.E., Gómez, A.L., Mendoza, A.L., Méndez, G. y Humarán I. (2024) *Prevalencias de consumo actual y consumo excesivo de alcohol en población de 10 a 19 años*.

México, Ensanut Continua 2023 [tabla de resultados].
https://insp.mx/resources/images/stories/2025/docs/250108_Ensanut_23.pdf

Shamah, L.T., Romero, M. M., Barrientos, G.T., Cuevas, N.L., Bautista, A.S., Colchero, M.A., Gaona, P.E., Lazcano, P.E., Martínez, B.J., Alpuche, A.C., Rivera, D.J. (2022). *Consumo actual de alcohol. Población de 10 a 19 años* [tabla de resultados].
https://insp.mx/resources/images/stories/2025/docs/250108_Ensanut_23.pdf.

Shamah, L.T., Romero, M. M., Barrientos, G.T., Cuevas, N.L., Bautista, A.S., Colchero, M.A., Gaona, P.E., Lazcano, P.E., Martínez, B.J., Alpuche, A.C., Rivera, D.J. (2022). *Consumo de tabaco fumado. Población de 10 a 19 años* [tabla de resultados].
https://insp.mx/resources/images/stories/2025/docs/250108_Ensanut_23.pdf.

Sola, G. J. (2014). ¿Qué es una adicción? Desde las adicciones con sustancias a las adicciones comportamentales. Evaluación e intervención terapéutica. *Revista digital de Medicina psicosomática y psicoterapia*, 4 (2).

Souza, M. M., Guisa, C. V., Barriga, S. L., y Sánchez, H. R. (1997). *Farmacoterapia de los síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos*. México. D.F.: Centros de Integración Juvenil, A. C.

Tomás, D. S. (2007). Rehabilitación y reintegración social en drogodependencias circuito terapéutico. *Redalyc*, 7 (1), 17-22.

Trujillo, S. M. (2019). La adicción y sus diferentes conceptos. *Redalyc*, 3 (2).

Valdés, I.A., Vento, L.C., Hernández M.D., Álvarez, G.A. y Díaz, P. G. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Redalyc*, 14 (2), 168-183.

Vargas, P. D. (2001). Alcoholismo, tabaquismo y sustancias psicoactivas. *Scielo*, 3 (1).

Villarreal, P. A. (2016). Marco legal del control de drogas en México. Los caminos posibles a propósito de la legalización. *Scielo*, 1 (3).

Vilugrón, F., Hidalgo, R. C., Molina, T., Gras, P. M., y Font, M. S. (2017). Uso de sustancias psicoactivas y calidad de vida relacionados con la salud en adolescentes escolarizados. *Scielo*, 145 (12).

Zea, B. L. (2019). La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria, *Redalyc*, 37 (2), 61-66.