

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO

Actualidades en Adicciones

Consumo de Alcohol y Tabaco en México

Primera edición, 2012

ISBN: 978-607-95887-3-1

ISBN: 978-607-95887-1-7 (Obra Completa)

D.R. © Secretaría de Salud

Lieja 7, Col. Juárez

06696 México, D.F.

Coordinadores de la obra:

Lic. Luz María García Rivas

Dra. Brenda Barriguete Mázmela

Diseño de Portada:

D.G. José Alberto Mendoza Chávez

Con el aval de:



Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

Esta obra se terminó de

imprimir en noviembre de 2012

en Ediciones Berit FGV, S.A. de C.V.

Tepetates 29Bis.

Col. Santa Isabel Tola,

C.P. 07010.

México, D.F.

Se tiraron 100 ejemplares.

Directorio

Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg
Secretario de Salud

Dr. Germán Fajardo Dolci
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Igor Rosette Valencia
Subsecretario de Administración y Finanzas

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Romeo Rodríguez Suárez
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y
Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Guillermo Govea Martínez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Claudia Solís Beltran
Director General de Comunicación Social

Consejo Nacional contra las Adicciones

Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg
Presidente del Consejo

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Vocales

Dr. Alejandro Alfonso Poiré Romero
Secretario de Gobernación

Canciller Patricia Espinosa Cantellano
Secretaria de Relaciones Exteriores

Ing. Genaro García Luna
Secretario de Seguridad Pública

Lic. Heriberto Félix Guerra
Secretario de Desarrollo Social

Lic. Bruno Ferrari García de Alba
Secretario de Economía

Lic. Francisco Javier Mayorga Castañeda
Secretario de Agricultura, Ganadería Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

Mtro. Dionisio Pérez-Jacome Friscione
Secretario de Comunicaciones y Transportes

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Educación Pública

Lic. Rosalinda Vélez Juárez
Secretario del Trabajo y Previsión Social

Mtra. Marisela Morales Ibáñez
Procuradora General de la República

Secretario del Consejo de Salubridad General

Lic. Daniel Karam Toumeh
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Sergio Hidalgo Monroy Portillo
Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado

Lic. Ma. Cecili Landerreche Gómez Morín
Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de Familia

Mtro. David García Junco Machado
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Mikel Andoni Arriola Peñalosa
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Lic. Miguel Ángel Carreón Sánchez
Director General del Instituto Mexicano de la Juventud

Lic. Bernardo de la Garza Herrera
Director General de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte

Mtra. Celina Alvear Sevilla
Directora General del Centro Nacional para la
Prevención y Control de las Adicciones

Invitados permanentes

Dr. Roberto Tapia Conyer

Presidente del Patronato Nacional de Centros de Integración Juvenil

Dra. María Elena Medina Mora Icaza

Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría

“Ramón de la Fuente Muñiz”

Dr. Rogelio Pérez Padilla

Director General del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

“Ismael Cosío Villegas”

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Director General del Instituto Nacional de Salud Pública

Lic. José Guadalupe Osuna Millán

Gobernador Constitucional del Estado de Baja California

Lic. Marcelo Ebrad Casaubón

Jefe de Gobierno del Distrito Federal

Lic. Rodrigo Medina de la Cruz

Gobernador Constitucional del Estado de Nuevo León

Lic. Gabino Cué Monteagudo

Gobernador Constitucional del Estado de Oaxaca

Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado

Presidente de la Junta de Servicios Generales de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.

Lic. Joaquín Gamboa Pascoe

Presidente del Congreso del Trabajo y Secretario General de la Confederación de Trabajadores de México

Lic. Jesús Cevallos Coppel

Presidente de la Fundación Cambio Oceánica, A.C.

INTRODUCCIÓN

Dr. Carlos Tena Tamayo 10

I. ¿ES EL ALCOHOL UNA PROBLEMÁTICA AISLADA EN LOS Y LAS ADOLESCENTES?

Dr. Jorge Ameth Villatoro Velázquez, Marycarmen Noemí Bustos Gamiño,
Natania Froylan Oliva Robles, Midiam Moreno López,
Filiberto Itzcóatl Gaytán Flores, Diana Anahí Fregoso Ito,
Joel Salvador Chávez Rivera, Raúl Martín del Campo Sánchez,
Ma. Elena Medina-Mora Icaza, Ma. de Lourdes Gutiérrez López 15

II. POLÍTICAS DE CONTROL DE ALCOHOL EN MÉXICO

Luz M. García Rivas, José Luis Vázquez Martínez,
G. Berenice Santamaría González, Tania Gordillo Moreno 37

III. ACCIDENTES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES

Dr. Arturo Cervantes Trejo, Rodrigo Rosas, Delia Ruelas 60

IV. ESTRATEGIAS PUBLICITARIAS DE LA INDUSTRIA ALCOHOLERA

Dr. José Luis Vázquez Martínez,
Dr. Mario Alberto Citalán Ángel, Dr. Ricardo Delgado Sánchez 77

V. ESTILOS DE CRIANZA POSITIVA PARA

PREVENIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES DE EDAD

Dra. Silvia Morales Chainé 87

VI. LAS OTRAS CAUSAS DE LA VIOLENCIA: EL ALCOHOL

Mtro. Alejandro Sánchez Guerrero,
Mtra. Nadia Robles Soto, Lic. Gabriela E. Rodríguez Rodríguez 113

VII. EL CONSUMO DE ALCOHOL

EN MENORES DE EDAD DESDE LA VISIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

Lic. Joaquín Quintana 129

VIII. ATENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN JÓVENES DESDE EL IMJUVE

Lic. Miguel Ángel Carreón Sánchez 137

IX. ESTRATEGIA PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL EN EL DISTRITO FEDERAL	
Dr. Armando Ahued O, M.A. Mendoza Meléndez, M. Patlan Briseño, G.R. Valdez Gonzales, E. Aguilar Bustos, M.A. López Brambila, R. Camacho Solís	159
X. EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL CONTROL DEL TABACO EN MÉXICO	
Mtra. Celina Alvear, Dr. Justino Regalado	185
XI. EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO EN MÉXICO	
Dr. Pablo Kuri, Dr. Justino Regalado	211
XII. POLÍTICA FISCAL CON VISIÓN EN SALUD EN MÉXICO 2007-2012	
Lic. José Luis Llanes Lagunes	239
XIII. TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO Y MODELOS DE ATENCIÓN EN MÉXICO	
Dr. Raúl Sansores, Mónica Velázquez-Uncal, Alejandra Ramírez-Venegas, Fabiola Valdelamar, Justino Regalado-Pineda, Mónica Casar, Víctor H. Arellano-Rocha, Carmen Fernández	261
XIV. TABACO Y CÁNCER	
Dr. Juan W. Zinser	283

MENSAJE DEL SECRETARIO DE SALUD

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas es un problema de salud pública a nivel mundial. Sus consecuencias abarcan no sólo al individuo, sino a sus familias y a las comunidades enteras. Además del daño a la salud que representa, el consumo de las mismas se asocia con un mayor número de accidentes, un pobre rendimiento escolar y laboral, así como a problemas en la interacción entre los individuos como la violencia y otros relacionados con actos ilícitos.

El avance de diversas investigaciones científicas en el ámbito de las neurociencias y de las ciencias sociales, nos muestran que la adicción es una enfermedad compleja que involucra múltiples factores como los biológicos, psicológicos y sociales, por lo que su abordaje implica la integración de diferentes disciplinas y enfoques.

Con base en lo anterior, es importante fomentar la divulgación de la evidencia científica que pueda ser aplicable en nuestro país, misma que facilite la capacitación continua de los profesionales y demás personal involucrado en la materia, y que favorezca la mejora continua de los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las adicciones.

Actualidades en Adicciones es el resultado del esfuerzo conjunto de investigadores, clínicos, personalidades de organizaciones de la sociedad civil y expertos reconocidos a nivel nacional e internacional, los cuales presentan visiones diversas que al converger, permiten dar una perspectiva integral del fenómeno. Esta diversidad enriquece el conocimiento y promueve la actualización de información en temas sobre el uso nocivo de alcohol, el consumo de tabaco y drogas ilegales, la relación de la justicia y las personas con adicciones, el impacto que tiene esta enfermedad en los grupos más vulnerables, los métodos terapéuticos efectivos, así como la oferta en el tratamiento.

Los cinco tomos que integran esta publicación ofrecen elementos novedosos, que podrán contribuir en la elaboración de políticas públicas eficaces, dirigidas a la atención integral del problema de las adicciones. Estoy convencido de que esta obra, que implicó un importante esfuerzo de colaboración interinstitucional y multidisciplinaria, redundará en beneficio de la salud de nuestra sociedad.

Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO

Introducción

Introducción

E

n México, uno de los principales problemas de salud pública se encuentra vinculado al uso nocivo del alcohol, mismo que se asocia a importantes problemas de salud en general, accidentes automovilísticos, violencia y ausentismo laboral, entre otros. Este fenómeno ha mostrado un incremento principalmente en el grupo de la población más joven del país, lo que implica importantes consecuencias. La evidencia científica señala que el consumo frecuente de altas cantidades de alcohol, se relaciona con cambios en la estructura y el funcionamiento cerebral, principalmente a expensas de la corteza frontal. Esta última es un área esencial para el adecuado control de los impulsos, la toma de decisiones, la atención y las funciones ejecutivas. Su desarrollo máximo se presenta entre los 20 y 23 años, por lo que cuando este proceso de desarrollo es frenado e involucionado por efectos del alcohol

en los jóvenes, las consecuencias en sus daños son mayores que en la población adulta. Esta afirmación es presentada con detalle en esta obra.

Considerando los daños que ocasiona el consumo de alcohol, particularmente en la población joven, se han generado políticas públicas que limitan la disponibilidad de esta sustancia. En esta obra se aborda el escenario actual en México y se describen las políticas de control de alcohol que han demostrado eficacia a nivel mundial. Por otro lado, y en contraste a estas estrategias, se analiza el impacto de las acciones publicitarias de la industria alcoholera en la población joven.

Desde la visión de la Sociedad Civil se describe el fenómeno del consumo de alcohol en menores de edad, detallando los procesos sociales que favorecen el consumo y la respuesta que dichas organizaciones han tenido para el abordaje de este fenómeno.

Debido a que el consumo de alcohol representa un problema importante y creciente de salud pública, se hace un análisis estadístico de la información disponible en México sobre encuestas de hogares y de

estudiantes para conocer las características del consumo de alcohol en la población menor de edad y un análisis estadístico descriptivo de las causas de morbi-mortalidad de accidentes en jóvenes, asociados al consumo de alcohol.

Dentro del área de la prevención y tratamiento se hace una descripción amplia de los elementos que deben incluirse en la educación de los hijos para favorecer los factores de protección y evitar los factores de riesgo, así como las acciones realizadas por diversas instituciones para reducir el uso nocivo de alcohol en este grupo de edad. Se describen los alcances y el impacto que han tenido dichas estrategias.

Se ha identificado que la detección oportuna e intervención breve, son técnicas que promueven favorablemente la disminución del uso nocivo de alcohol, como se describe al interior de este volumen.

En el manejo integral de este problema, es necesario contemplar a la persona que consume, a su familia y a su entorno en la elaboración de un plan de tratamiento, rehabilitación y reinserción. Un ejemplo de ello son instituciones como el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, por lo que en este libro se presenta la experiencia de este centro en el manejo de menores de edad que consumen alcohol, así como de los integrantes de su familia.

Con la convicción de que esta obra contribuirá a ampliar el panorama sobre el abordaje actual del fenómeno de las adicciones y la identificación de los retos que enfrentamos para lograr mejores niveles de salud y bienestar en la población, agradezco a todos los autores el que hayan brindado su valioso tiempo y conocimientos para hacerla realidad.

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones
“En la prevención y atención a las adicciones todos somos uno”

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



I.

¿Es el alcohol una problemática aislada en los y las adolescentes?

Dr. Jorge Ameth Villatoro Velázquez,* Marycarmen Noemí Bustos Gamiño,**
Natanía Froylan Oliva Robles,** Midiam Moreno López,** Filiberto Itzcóatl Gaytán Flores,**
Diana Anahí Fregoso Ito,** Joel Salvador Chávez Rivera,** Raúl Martín del Campo Sánchez,**
Ma. Elena Medina-Mora Icaza,** Ma. de Lourdes Gutiérrez López**

* Coordinador de la Unidad de Encuestas y Análisis de datos. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

** Investigadores asociados. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol se ha constituido como una conducta común entre la población adolescente y joven. Estudios de diversos países reportan prevalencias altas en el consumo de esta sustancia, donde entre 50 y 80% de la población menor a 20 años lo ha probado y su uso va incrementando con la edad.¹⁻⁴

En Latinoamérica, el patrón de consumo de alcohol es alto en los países de Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, Costa Rica y Chile.⁵ En México, la última Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2008,⁶ indica que 9.0% de los jóvenes de 12 a 17 años presenta un consumo alto (cinco o más copas en una sola ocasión en el caso de los hombres y cuatro o más copas en el caso de las mujeres), mientras que 2.9% de los adolescentes presenta abuso/dependencia. Un dato de interés que revela la encuesta, es que hay una mayor proporción de mujeres adolescentes (2.1%) que cumplen con este criterio en comparación con las mujeres adultas (1.6%).

Los adolescentes presentan mayor riesgo que el resto de la población, ya que son más propensos a incurrir en el consumo de sustancias debido al contexto en el que éstos se desenvuelven. En la actualidad, los jóvenes inician el consumo a edades tempranas, de manera que 15.8% de la población comenzó su consumo de alcohol antes de los 18 años, lo cual puede incrementar el riesgo de presentar un consumo alto, regular y/o abuso o dependencia.⁶ Los datos de la misma Encuesta Nacio-

nal de Adicciones muestran que quienes actualmente presentan abuso/dependencia, iniciaron el consumo de alcohol alrededor de dos años antes que quienes no presentan esta problemática. Adicionalmente, se señala que en ocasiones, estos hábitos se prolongan hacia la adultez generando consecuencias importantes en su salud.⁷

Por otro lado, existen diversos factores que anteceden el consumo de alcohol en la adolescencia tales como un bajo apoyo y poca supervisión por parte de los padres y un elevado nivel de rechazo percibido.⁸ La presencia de abuso físico o sexual también representa un riesgo para desarrollar problemas con el consumo de alcohol u otras drogas.^{9,10} La exposición a un mayor número de factores de riesgo aumenta la probabilidad de que esta conducta aparezca.¹¹ Del mismo modo, debido a que el consumo de esta sustancia forma parte de costumbres sociales y culturales, existe una mayor tolerancia del entorno para su uso, así como una mayor disponibilidad para adquirirlo o consumirlo, ya que la percepción del riesgo es muy baja.¹²

Una vez iniciado el consumo de alcohol, éste puede ser un factor importante para presentar otro tipo de problemáticas en los adolescentes. Algunos estudios han encontrado relaciones significativas entre los trastornos de la conducta alimentaria, la depresión, los problemas de aprendizaje y las conductas violentas con el consumo de alcohol y episodios frecuentes de embriaguez.^{11,13-17} Otros han reportado incrementos en el inicio temprano de relaciones sexuales, con una conducta sexual

de riesgo, falta de uso de anticonceptivos y mayor número de parejas sexuales cuando está presente el consumo de alcohol.¹⁸⁻²⁰

Otras conductas que se han relacionado con el uso y abuso de alcohol son la conducción riesgosa de vehículos y el consumo de otras sustancias adictivas.^{4,20,21}

Asimismo, se ha señalado la relación del consumo de alcohol con el intento suicida, aumentando las probabilidades de que se presente en los adolescentes.²²

En el contexto de las consecuencias y problemas asociados con el consumo de alcohol, es importante precisar también que su presencia es diferencial para los hombres y las mujeres, de manera que al considerar las conductas delictivas, los hombres tienen mayor probabilidad de presentar este tipo de conducta, mientras que en las mujeres se presentan más los problemas de tipo emocional como la depresión o el intento suicida.¹³ El nivel de presencia de estas conductas es más alto en la población que tiene un consumo de alcohol elevado.

Con objeto de dar evidencia de lo anterior en población mexicana escolarizada, este trabajo tiene como interés la asociación entre el consumo de alcohol y diversas conductas problemáticas, a partir de los datos de tres encuestas llevadas a cabo en población escolar.

MÉTODO

Los datos de este estudio provienen de tres encuestas realizadas en los estados de Jalisco,²³ Es-

tado de México²⁴ y Ciudad de México⁴ llevadas a cabo en el año 2009. Las dos primeras se realizaron en el primer semestre y la tercera en el segundo semestre del año indicado.

La metodología empleada en estos estudios ya ha sido publicada anteriormente por lo que sólo se mencionarán los aspectos más importantes.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La unidad de análisis está representada por los alumnos de secundaria y bachillerato inscritos en el ciclo escolar 2008-2009 pertenecientes a instituciones públicas o privadas de educación media y media superior en cada entidad.

El marco muestral se elaboró con base en los registros oficiales de la Secretaría de Educación Pública de cada estado.

Se consideró una tasa de no respuesta de 20% en cada estudio. El nivel de confianza de la muestra fue de 95%, con un error absoluto promedio del 0.004.

La selección de las escuelas se realizó de forma aleatoria al interior de cada una de las delegaciones políticas o regiones en las que se dividió a cada entidad.

El diseño de muestra fue estratificado y por conglomerados. La variable de estratificación para las tres encuestas fue el nivel educativo y cada región en que se subdividió el estado. Los conglomerados

fueron los grupos escolares que se eligieron como un todo.

La muestra obtenida de grupos y alumnos fue ponderada por grupo, nivel educativo y región con objeto de realizar la estimación y el procesamiento de datos. En el **cuadro I** se desglosa el tamaño de muestra de cada encuesta y la población a la que representa.

Instrumento

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado y previamente validado.²⁵⁻²⁹

El cuestionario contiene las secciones de:

- a) Datos sociodemográficos.
- b) Consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- c) Problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas.
- d) Conducta antisocial.
- e) Ámbito interpersonal.
- f) Ámbito social.
- g) Ámbito personal.

Para la obtención de datos sobre el consumo de alcohol, se preguntan las ocasiones de consumo, las prevalencias de alguna vez en la vida en el último año y en el último mes, la frecuencia con que ha consumido cinco copas o más y frecuencia de embriaguez, así como indicadores de consumo problemático medidos con la escala AUDIT.

La escala AUDIT, junto con los indicadores de consumo, se utiliza en el presente capítulo, de manera que al sumar los 10 reactivos de la versión larga, aquellos sujetos que tengan una calificación de 8 o mayor son considerados como consumidores problemáticos, que es el grupo de mayor riesgo.³⁰

Los otros tres grupos se construyeron con quienes no cumplen este requisito, de manera que se dividen en:

- 1) Los no consumidores.
- 2) Quienes han consumido alcohol y no presentan problemas y
- 3) Quienes abusan del alcohol (haber consumido en una sola ocasión cinco copas o más en los hombres o cuatro copas o más en las mujeres, en la misma ocasión por lo menos una vez en los 30 días previos al estudio).

Las tres encuestas mantienen el mismo instrumento y únicamente cambiaron en secciones específicas que fueron de interés en cada estado. Los indicadores de alcohol, tabaco, drogas médicas e ilegales, y sus factores asociados, así como las conductas problemáticas de ideación suicida, actos antisociales, conductas alimentarias de riesgo, relaciones sexuales, abuso sexual, sintomatología depresiva se mantuvieron iguales en los tres estudios y la forma de calificación de cada indicador está disponible.⁴

Cuadro I. Distribución muestral y poblacional por nivel educativo sexo y estado.

	Encuestas en Estudiantes				Total	
	Hombres		Mujeres		Muestra	Población
	Muestra	Población	Muestra	Población		
Jalisco						
Secundaria	4,679	186,680	4,679	188,083	9,358	374,763
Bachillerato	7,779	47,627	9,539	59,550	17,318	107,177
Total	12,458	234,307	14,218	247,633	26,676	481,940
Estado de México						
Secundaria	2,664	418,493	2,692	413,253	5,356	831,746
Bachillerato	2,070	187,412	2,849	259,852	4,919	447,264
Total	4,734	605,905	5,541	673,105	10,275	1,279,010
Ciudad de México						
Secundaria	6,073	218,170	6,061	216,805	12,134	434,975
Bachillerato	5,235	170,159	5,611	167,842	10,846	338,001
Total	11,308	388,328	11,672	384,648	22,980	772,976

Procedimiento

Para el desarrollo de las encuestas fue necesaria la capacitación de coordinadores, supervisores y encuestadores, el curso de capacitación incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos de cada uno de los proyectos, el manejo del cuestionario y las instrucciones para su aplicación y para la selección de grupos. Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas.

Para la captura y validación de la información, se verificó la congruencia de las respuestas y se llevó a cabo una depuración a través de programación para la revisión directa de los cuestionarios que presentaran inconsistencias en la captura de cada uno de los estudios.

En los tres estudios se contó con el aval de la Comisión de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y de las escuelas participantes en el estudio. De la misma forma, la aplicación fue grupal y anónima, bajo ninguna circunstancia se puede identificar a los y las alumnas participantes en el estudio, ni a las escuelas o grupos seleccionados.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se presentan en la sección correspondiente los porcentajes de presencia de cada conducta considerada en el presente capítulo.

lo, de manera separada para hombres y mujeres, con sus respectivos intervalos de confianza, considerando el diseño de muestra de las encuestas.

Adicionalmente, con la finalidad de conocer la relación del consumo de alcohol con otras conductas problemáticas, se llevaron a cabo diversas regresiones logísticas binarias que tuvieron como variable criterio a la conducta problemática (consumo de drogas, tabaco, actos antisociales, etc.) y como predictores al grupo definido de consumo de alcohol y al nivel educativo del estudiante. También se utilizó al estado como parte de los predictores, pero su función es como una variable control dada la variabilidad de estos indicadores en cada uno de los tres estados.

Cada regresión logística se realizó por separado para hombres y mujeres considerando el diseño de muestra de las encuestas, con el empleo del comando `svy` del programa de STATA en su versión 11.

RESULTADOS

Prevalencias del consumo de alcohol y de otras conductas problemáticas

En el *cuadro II* se muestran las prevalencias según sexo de las distintas conductas que se evalúan en las encuestas mencionadas. Los resultados indican que el consumo de drogas, de tabaco, los actos antisociales y el inicio de la vida sexual, así como del consumo problemático de alcohol, se presenta en mayor medida en los hombres; en tanto que la

Cuadro II. Distribución del consumo de alcohol y de las diversas conductas asociadas evaluadas en la población escolar de 7° a 12° grado.

Variables	Hombres			Mujeres		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Consumo de drogas médicas o ilegales	26,2642	21.4	20.394-22.363	24,1431	18.5	17.601-19.389
Consumo de tabaco en el último mes	18,8011	15.3	14.459-16.149	160,368	12.3	11.454-13.116
Actos antisociales global	43,2313	35.2	34.110-36.268	280,418	21.5	20.559-22.405
Actos antisociales leves	416,888	33.9	32.852-35.016	272,608	20.9	19.972-21.795
Actos antisociales graves	133,717	10.9	10.222-11.547	52,739	4.0	3.642-4.438
Inicio de relaciones sexuales	79,806	25.3	22.598-27.943	48,506	14.1	12.014-16.261
Abuso sexual	104,869	8.5	7.889-9.208	118,207	9.1	8.473-9.661
Ideación suicida	23,213	7.6	6.515-8.704	37,385	11.5	10.157-12.921
Sintomatología depresiva	39,359	12.9	11.676-14.127	76,707	23.7	22.024-25.328
Conductas alimentarias de riesgo	10,786	3.5	2.913-4.158	25,683	7.9	6.955-8.900
Grupos de consumo de alcohol						
No consume alcohol	376,075	30.6	29.358-31.865	386,158	29.6	28.294-30.870
Bebe alcohol	468,043	38.1	36.992-39.203	552,764	42.3	41.300-43.389
Abusa del consumo	66,061	5.4	4.925-5.830	86,306	6.6	6.131-7.092
Consumo problemático	318,361	25.9	24.817-27.011	280,158	21.5	20.441-22.482

ideación suicida, la sintomatología depresiva y las conductas alimentarias de riesgo son más prevalentes en las mujeres.

Un dato de interés es que la prevalencia de abuso sexual es igual, estadísticamente hablando, en hombres y mujeres.

De la misma forma, en las **figuras 1A-1C** se muestran las prevalencias de cada una de las conductas analizadas conforme al grupo de consumo de alcohol. En ellas se observa que, en términos generales, las prevalencias de las conductas problemáticas son más altas en los grupos que presentan un mayor consumo de alcohol, más específicamente en quienes abusan o tienen un consumo problemático.

Relación del consumo de alcohol con diversas conductas problemáticas

• Consumo alguna vez de drogas médicas e ilegales

De esta forma, en cuanto al consumo de drogas médicas e ilegales (**Cuadro III**), los hombres y mujeres que beben alcohol, tienen respectivamente 2.8 y 4.1 veces más probabilidad de consumir drogas que quienes no lo hacen; de manera similar, abusar en el consumo de alcohol aumenta 5.5 veces en los hombres y nueve veces en las mujeres el riesgo de consumir drogas. Para los hombres y mujeres con consumo problemático de alcohol, la probabilidad de consumir drogas es respectivamente 14.5 y 22 veces mayor que entre quienes no consumen alcohol. En cuanto al nivel educativo, los

hombres que cursan el bachillerato tienen 28% más probabilidades de consumir drogas en comparación con los estudiantes de secundaria. Al tomar en cuenta la entidad de residencia, se observa que los hombres del Estado de México tienen una probabilidad 17% mayor de consumir drogas que los hombres del Estado de Jalisco. Asimismo, los hombres de la Ciudad de México presentan 20% más riesgo de volverse consumidores de drogas, en tanto que las mujeres de esta misma ciudad tienen 33% más de probabilidad de usar drogas.

• Consumo de tabaco en los últimos 30 días

En cuanto al consumo de tabaco en el último mes (**Cuadro III**), los hombres y mujeres que consumen alcohol, tienen, respectivamente, 2.5 y 6.5 veces más probabilidad de consumir tabaco, en comparación con los no consumidores de alcohol. Por otra parte, abusar en el consumo de alcohol aumenta en los hombres 9.8 veces y en las mujeres 21.1 veces el riesgo de consumir tabaco en los últimos 30 días. Los hombres y mujeres que presentan consumo problemático de alcohol tienen, respectivamente, 17.5 y 45.1 veces más riesgo de ser consumidores de tabaco. En cuanto al nivel educativo, ser estudiante de bachillerato incrementa en los hombres 1.4 veces y en las mujeres 1.6 veces la probabilidad de consumir tabaco durante el último mes en comparación con quienes cursan la secundaria. Por entidad, se observa que los hombres del Estado de México y Ciudad de México, tienen 35 y 33% respectivamente, mayor probabilidad de consumir tabaco que los hombres del Estado de Jalisco; para las mujeres del Estado de México, la probabilidad de consumir tabaco en los últimos

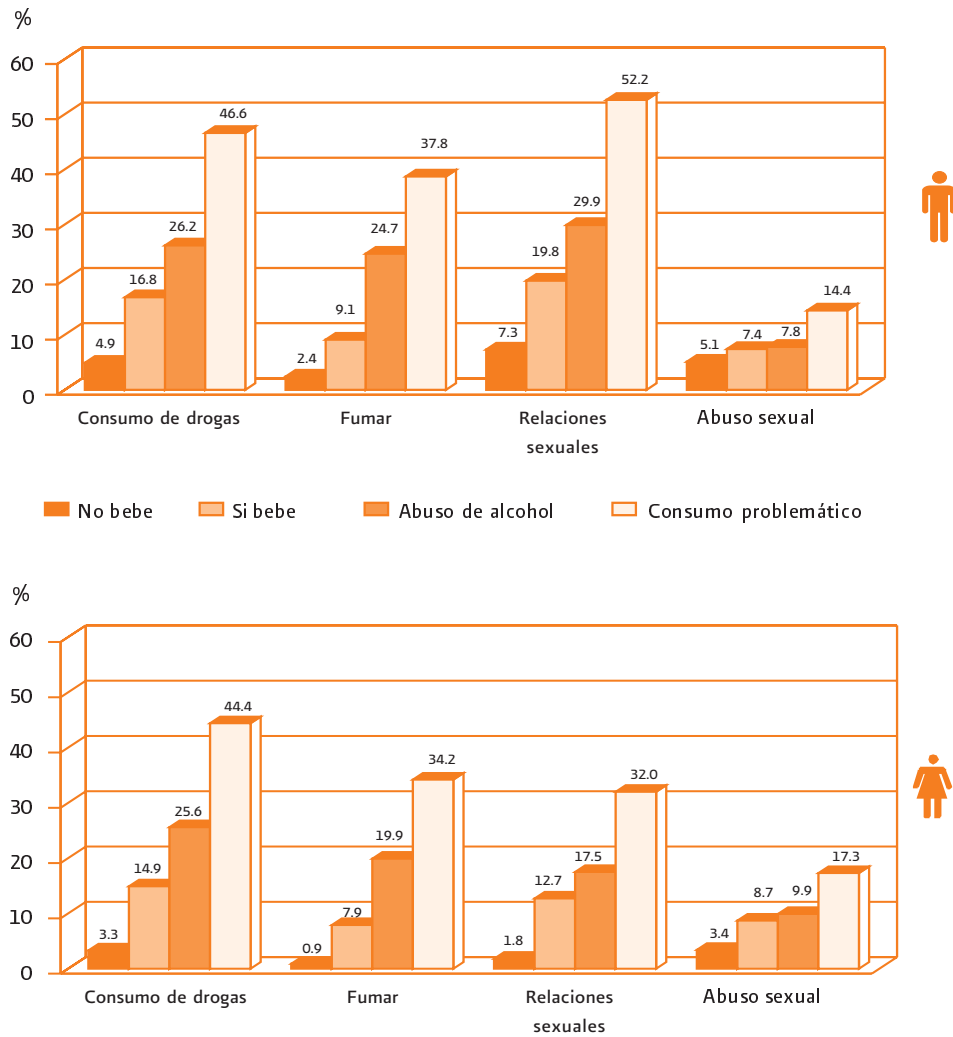


Figura 1A. Relación entre diferentes conductas y el consumo de alcohol.

¿Es el alcohol una problemática aislada en los y las adolescentes?

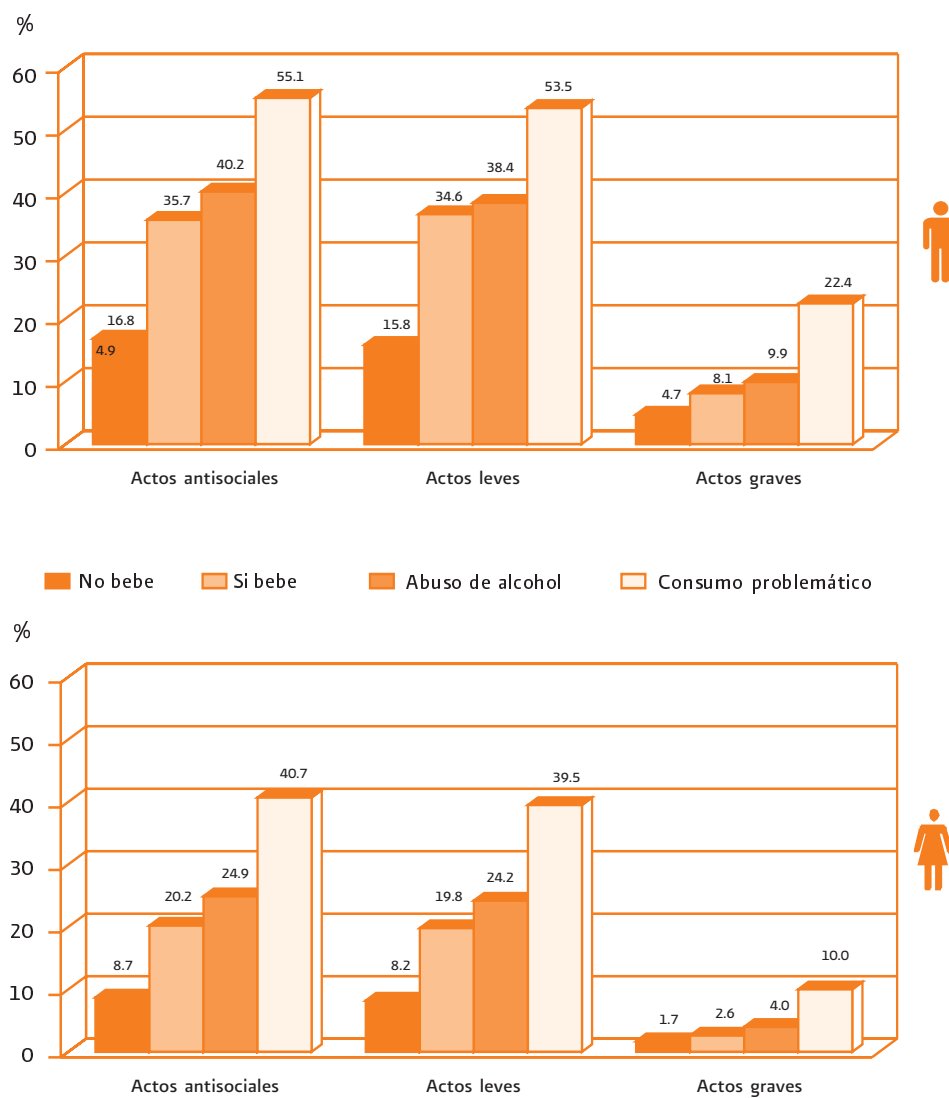


Figura 1B. Relación entre diferentes conductas y el consumo de alcohol.

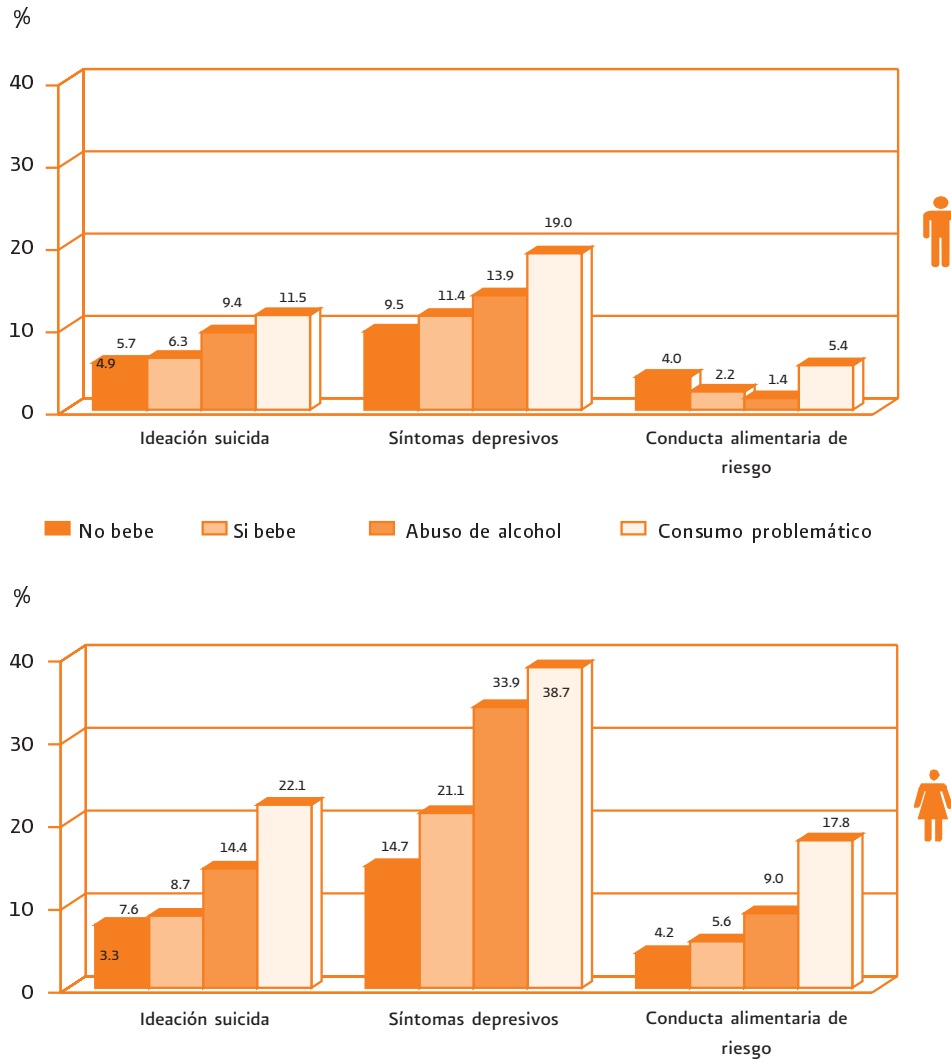


Figura 1C. Relación entre diferentes conductas y el consumo de alcohol.

Cuadro III. Consumo de alcohol y consumo de otras drogas.

Variables	Consumo de drogas médicas e ilegales					
	Razón de Momios	Hombres p	IC 95%	Razón de momios	Mujeres p	IC 95%
No consume alcohol						
Bebe alcohol	3.763	< 0.001	3.083-4.594	5.057	< 0.001	4.167-6.137
Abusa del consumo	6.459	< 0.001	4.978-8.381	10.052	< 0.001	7.847-12.876
Consumo problemático	15.491	< 0.001	12.718-18.868	23.038	< 0.001	18.885-28.104
Estudia Secundaria						
Estudia Bachillerato	1.281	< 0.001	1.144-1.434	1.066	0.274	0.951-1.195
Jalisco						
Estado de México	1.171	0.036	1.010-1.357	1.127	0.107	0.974-1.304
Ciudad de México	1.205	0.011	1.044-1.389	1.335	< 0.001	1.153-1.547
	Consumo de Tabaco en los últimos 30 días					
No consume alcohol						
Bebe alcohol	3.457	< 0.001	2.715-4.402	7.553	< 0.001	5.353-10.656
Abusa del consumo	10.773	< 0.001	8.158-14.227	22.112	< 0.001	15.062-32.463
Consumo problemático	18.542	< 0.001	14.752-23.307	46.082	< 0.001	32.606-65.126
Estudia Secundaria						
Estudia Bachillerato	2.403	< 0.001	2.116-2.730	2.602	< 0.001	2.222-3.046
Jalisco						
Estado de México	1.357	< 0.001	1.157-1.592	1.722	< 0.001	1.386-2.139
Ciudad de México	1.333	< 0.001	1.152-1.542	2.050	< 0.001	1.687-2.491

treinta días, se incrementa en 72%, mientras que en las mujeres de la Ciudad de México esta probabilidad aumenta en 100%.

- **Presencia de conducta antisocial leve y grave**

En cuanto a los actos antisociales leves (*Cuadro IV*), los hombres y mujeres que consumen alcohol tienen 1.9 y dos veces, respectivamente, más probabilidades de cometer actos antisociales leves, comparados con quienes no consumen alcohol; así también, abusar en el consumo de alcohol, aumenta en los hombres 2.4 veces y en las mujeres 2.9 veces, el riesgo de cometer este tipo de actos. Para los y las estudiantes que presentan consumo problemático de alcohol, la probabilidad se ve incrementada en 5.5 veces en los hombres y 7.1 veces en las mujeres. En cuanto al nivel educativo, ser estudiante de secundaria incrementa en 13% para los hombres y en 44% para las mujeres, la probabilidad de realizar actos antisociales leves en comparación con los y las estudiantes de bachillerato. Finalmente, los hombres del Estado de Jalisco, tienen 18% más probabilidad de cometer actos antisociales leves que los hombres del Estado de México.

Por lo que respecta a los actos antisociales graves (*Cuadro IV*), el consumo de alcohol aumenta el riesgo de que hombres y mujeres cometan este tipo de actos en 90 y 73%, respectivamente, en comparación con quienes no consumen alcohol. De igual forma, el abuso incrementa 1.5 veces en los hombres y 1.8 veces en las mujeres el riesgo de cometer este tipo de actos. Para los y las estudiantes que presentan consumo problemático de alcohol, la probabili-

dad de cometer actos antisociales graves se ve incrementada seis veces en los hombres y 6.5 veces en las mujeres. En cuanto al nivel educativo, ser estudiante de secundaria incrementa 70% para los hombres y 91% para las mujeres, la probabilidad de participar en actos antisociales graves, en comparación con los y las estudiantes de bachillerato. Con respecto a los estados, los hombres de la Ciudad de México, tienen 20% más probabilidad de cometer actos antisociales graves que sus similares del estado de Jalisco.

- **Inicio de la vida sexual**

Ahora bien, al analizar el inicio de la vida sexual activa (*Cuadro V*), los hombres y mujeres que consumen alcohol tienen, respectivamente, 1.4 y 4.5 veces más probabilidad de iniciar su vida sexual, en comparación con quienes no son consumidores de alcohol. Asimismo, el abuso en el consumo de alcohol aumenta en los hombres 3.3 veces y en las mujeres 7.3 veces la probabilidad de que inicien relaciones sexuales. Los hombres y mujeres que presentan consumo problemático de alcohol, tienen respectivamente 9.3 y 17.2 veces más probabilidad de iniciar su vida sexual en comparación con los y las estudiantes que no consumen alcohol. En cuanto al nivel educativo, ser estudiante de bachillerato incrementa en los hombres 2.5 veces y en las mujeres cuatro veces la probabilidad de iniciar relaciones sexuales en comparación con los y las estudiantes de secundaria. Por estado, los hombres de la Ciudad de México tienen 43% más probabilidad de iniciar su vida sexual que los hombres del estado de Jalisco; para las mujeres del Estado de México y de la Ciudad de México, la probabilidad de iniciar relaciones sexuales incremen-

¿Es el alcohol una problemática aislada en los y las adolescentes?

Cuadro IV. Consumo de alcohol y conductas antisociales.

Variables	Razón de momios	Actos antisociales leves (robos)		Razón de momios	Mujeres p	IC 95%
		Hombres p	IC 95%			
No consume alcohol						
Bebe alcohol	2.877	< 0.001	2.559-3.234	2.968	< 0.001	2.588-3.405
Abusa del consumo	3.445	< 0.001	2.830-4.195	3.893	< 0.001	3.146-4.817
Consumo problemático	6.461	< 0.001	5.696-7.329	8.094	< 0.001	7.012-9.344
Estudia Secundaria						
Estudia Bachillerato	0.883	0.010	0.803-0.971	0.695	< 0.001	0.626-0.771
Jalisco						
Estado de México	0.845	0.003	0.756-0.945	1.013	0.842	0.891-1.152
Ciudad de México	0.945	0.266	0.854-1.044	0.979	0.718	0.871-1.100
	Actos antisociales graves					
No consume alcohol						
Bebe alcohol	1.903	< 0.001	1.570-2.308	1.728	0.001	1.257-2.376
Abusa del consumo	2.510	< 0.001	1.848-3.409	2.788	< 0.001	1.570-4.949
Consumo problemático	6.968	< 0.001	5.785-8.393	7.549	< 0.001	5.614-10.152
Estudia Secundaria						
Estudia Bachillerato	0.587	< 0.001	0.509-0.677	0.522	< 0.001	0.428-0.638
Jalisco						
Estado de México	0.969	0.698	0.825-1.137	0.978	0.863	0.759-1.260
Ciudad de México	1.202	0.014	1.038-1.392	1.119	0.320	0.896-1.397

Cuadro V. Consumo de alcohol y sexualidad.

Variables	Razón de momios	Inicio de relaciones sexuales				IC 95%
		Hombres p	IC 95%	Razón de momios	Mujeres p	
No consume alcohol						
Bebe alcohol	2.448	< 0.001	1.830-3.273	5.461	< 0.001	3.426-8.705
Abusa del consumo	4.291	< 0.001	2.968-6.203	8.298	< 0.001	4.921-13.990
Consumo problemático	10.334	< 0.001	7.689-13.887	18.213	< 0.001	11.529-28.771
Estudia Secundaria						
Estudia Bachillerato	3.473	< 0.001	2.831-4.260	5.010	< 0.001	3.689-6.804
Jalisco						
Estado de México	1.189	0.176	0.925-1.529	1.554	0.007	1.127-2.143
Ciudad de México	1.434	0.001	1.158-1.777	2.066	< 0.001	1.541-2.771
	Abuso Sexual					
No consume alcohol						
Bebe alcohol	1.565	< 0.001	1.260-1.943	2.626	< 0.001	2.153-3.204
Abusa del consumo	1.720	0.003	1.208-2.448	2.994	< 0.001	2.247-3.989
Consumo problemático	3.604	< 0.001	2.931-4.432	5.656	< 0.001	4.610-6.938
Estudia Secundaria						
Estudia Bachillerato	0.636	< 0.001	0.527-0.766	1.182	0.032	1.015-1.377
Jalisco						
Estado de México	1.294	0.005	1.081-1.549	1.200	0.038	1.010-1.425
Ciudad de México	1.337	0.002	1.108-1.611	1.029	0.717	0.880-1.204

ta en 55% y 1.1 veces, respectivamente, ambos incrementos con referencia a las estudiantes del estado de Jalisco.

• Abuso sexual

Los hombres y mujeres que consumen alcohol tienen, respectivamente, 56% y 1.6 veces más probabilidad de presentar abuso sexual (*Cuadro V*), en comparación con los no consumidores de alcohol. Por otra parte, abusar en el consumo de alcohol aumenta en los hombres 72% y en las mujeres dos veces, el riesgo de presentar abuso sexual. Los hombres y mujeres con consumo problemático de alcohol tienen, respectivamente, 2.6 y 4.7 veces más riesgo de presentar abuso sexual. Con respecto al nivel educativo, los hombres que estudian la secundaria tienen 57% más probabilidades de presentar abuso sexual que quienes cursan el bachillerato. Para las mujeres de bachillerato, el riesgo de presentar abuso sexual aumenta 18% en comparación con las estudiantes de secundaria. Tomando como referencia al Estado de Jalisco, en los hombres del Estado de México y de la Ciudad de México, se incrementa la probabilidad de presentar abuso sexual en 29 y 34% respectivamente, en tanto que para las mujeres del Estado de México, esta, probabilidad aumenta 20% en comparación con las mujeres de Jalisco.

• Sintomatología depresiva

Las mujeres que consumen alcohol tienen 59% más probabilidades de presentar sintomatología depre-

siva, en comparación con las no consumidoras de alcohol (*Cuadro VI*). De forma similar, las mujeres que abusan en el consumo de alcohol tienen dos veces más riesgo de presentar sintomatología depresiva. En los hombres y mujeres que presentan consumo problemático de alcohol, el riesgo de una posible depresión aumenta en 1.3 y 2.8 veces, respectivamente. Por entidad, las mujeres de Jalisco tienen 25% más probabilidades de una posible depresión en comparación con las mujeres del Estado de México y 35% más probabilidades de presentar este problema que las estudiantes de la Ciudad de México.

• Ideación suicida

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de que las mujeres presenten ideación suicida en 33% en comparación con las mujeres que no consumen alcohol (*Cuadro VI*). El abuso de alcohol aumenta en las mujeres 1.4 veces el riesgo de presentar ideación suicida. Los hombres y mujeres que presentan consumo problemático de alcohol tienen, respectivamente, 1.5 y 3.2 veces más probabilidad de presentar ideación suicida. En cuanto al nivel educativo, ser estudiante de secundaria incrementa en los hombres 66% y en las mujeres 1.3 veces la probabilidad de presentar ideación suicida en comparación con los y las estudiantes de bachillerato. Finalmente, en las estudiantes del Estado de Jalisco, la probabilidad de presentar ideación suicida también incrementa 40% con respecto a las estudiantes de la Ciudad de México.

• Conducta alimentaria de riesgo

Los hombres que no beben alcohol tienen 68% más probabilidades de presentar conductas alimentarias de riesgo comparados con quienes sí son bebedores (*Cuadro VI*); asimismo, esta población tiene 1.4 veces más riesgo de tener este tipo de conductas comparados con quienes tienen abuso de alcohol. Las mujeres que abusan en el consumo de alcohol tienen 1.4 veces más probabilidad de presentar conductas alimentarias de riesgo, comparadas con las que no consumen alcohol. Los y las estudiantes con consumo problemático de alcohol, tienen respectivamente 67% y 4.4 veces más posibilidades de presentar conductas alimentarias de riesgo. En cuanto al nivel educativo, los hombres que cursan la secundaria tienen 61% más probabilidades de presentar estas conductas, comparados con los hombres de bachillerato. Para las mujeres también se observa que las estudiantes de secundaria tienen 47% más probabilidades de consumir drogas comparadas con las estudiantes de bachillerato. Tomando como referencia al Estado de Jalisco, los hombres de la Ciudad de México presentan 61% más riesgo de presentar alguna conducta alimentaria de riesgo.

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol en la adolescencia es alto y en grandes cantidades, en una población que representa a casi la cuarta parte de habitantes totales en México.³¹

Dicho consumo tiene una alta relación con la presencia de conductas problemáticas; especialmente en quienes abusan del alcohol o tienen un consumo problemático. Esto coincide con otros

estudios, que reportan asociación entre el consumo de alcohol y los trastornos alimentarios de riesgo, sintomatología depresiva, conductas violentas o antisociales, intento suicida, consumo de otras sustancias adictivas e inicio temprano de relaciones sexuales.^{4,11,13-22}

Los análisis realizados permiten ver que en las mujeres con más alto consumo de alcohol están los valores de riesgo mayores asociadas a todas las conductas problemáticas analizadas, especialmente para el uso de tabaco, consumo de drogas e inicio de relaciones sexuales.

No obstante ello, existe una diferenciación en las conductas evaluadas, donde la prevalencia de posible depresión, de ideación suicida y de las conductas alimentarias de riesgo, es más alta en las mujeres y el resto de las conductas son más prevalentes en los hombres (excepto el abuso sexual que se presenta en la misma proporción en ambos sexos), lo cual es consistente con lo reportado por otros autores.¹³

Asimismo, el nivel educativo y la entidad resultaron factores importantes en la presencia de conductas problemáticas, lo que permite tener mayor información acerca de la dirección que debe tomar la prevención del consumo de alcohol.

En este contexto, los y las adolescentes que cursan el bachillerato, tienen un riesgo mayor de presentar problemas asociados al consumo de alcohol; similar a lo reportado por distintos estudios que indican que al incrementarse el consumo con la edad,¹⁻⁴ la presencia de un consumo problemático.

Cuadro VI. Consumo de alcohol, malestar emocional y conductas alimentarias de riesgo.

Variables	Posible depresión					
	Hombres			Mujeres		
	Razón de momios	p	IC 95%	Razón de momios	p	IC 95%
No consume alcohol						
Bebe alcohol	1.242	0.160	0.918-1.680	1.588	< 0.001	1.249-2.020
Abusa del consumo	1.580	0.115	0.894-2.793	3.048	< 0.001	2.110-4.405
Consumo problemático	2.301	< 0.001	1.651-3.207	3.759	< 0.001	2.865-4.932
Estudia Secundaria						
Estudia Bachillerato	0.929	0.528	0.740-1.167	0.975	0.802	0.799-1.189
Jalisco						
Estado de México	0.861	0.227	0.675-1.098	0.801	0.041	0.648-0.991
Ciudad de México	0.880	0.287	0.695-1.114	0.742	0.004	0.604-0.912
Ideación suicida						
No consume alcohol						
Bebe alcohol	1.188	0.366	0.817-1.728	1.329	0.049	1.001-1.765
Abusa del consumo	1.969	0.072	0.942-4.116	2.418	< 0.001	1.503-3.891
Consumo problemático	2.542	< 0.001	1.733-3.729	4.206	< 0.001	3.192-5.543
Estudia Secundaria						
Estudia Bachillerato	0.601	0.001	0.445-0.812	0.428	< 0.001	0.332-0.552
Jalisco						
Estado de México	0.859	0.462	0.572-1.289	0.796	0.134	0.590-1.073
Ciudad de México	1.033	0.849	0.737-1.448	0.716	0.022	0.538-0.954
Posible trastorno de conducta alimentaria						
No consume alcohol						
Bebe alcohol	0.595	0.044	0.359-0.986	1.442	0.082	0.955-2.178
Abusa del consumo	0.419	0.032	0.189-0.928	2.430	0.001	1.439-4.104
Consumo problemático	1.674	0.031	1.049-2.670	5.387	< 0.001	3.524-8.233
Estudia Secundaria						
Estudia Bachillerato	0.620	0.012	0.426-0.902	0.681	0.005	0.521-0.891
Jalisco						
Estado de México	0.825	0.454	0.500-1.364	0.941	0.686	0.702-1.262
Ciudad de México	1.611	0.030	1.046-2.479	0.928	0.585	0.711-1.212

co se hace evidente.⁶ Aunque es importante resaltar que hay conductas que se presentan en mayor medida durante la adolescencia temprana como es el caso de los actos antisociales, la ideación suicida y los trastornos de alimentación.

Un dato que llama la atención es el hecho de que los hombres que no consumen ni abusan del alcohol, presentan un mayor riesgo de tener conductas alimentarias de riesgo, aspecto que debe ser estudiado en mayor detalle, de manera especial en población clínica para ver cómo se presentan estas dos conductas y conocer las razones por las que esto ocurre.

Es importante que el lector considere que la evidencia científica indica que las conductas aquí estudiadas pueden haberse iniciado antes, después o al mismo tiempo que consumo de alcohol. Dado el carácter transversal de las encuestas, no es posible establecer la secuencia de las mismas, por ello resulta importante señalar que la posición analítica de los autores de este artículo, es que dichas problemáticas se pueden presentar en forma concurrente y no necesariamente en forma causal.

Esto es un aspecto relevante, ya que incide en la visión conceptual del problema e indica que las adicciones, en este caso el consumo de alcohol no es una problemática aislada, sino que mantiene una alta comorbilidad con otras problemáticas conductuales y de salud mental del individuo, por lo que se deben usar estrategias preventivas globales de salud mental y no centrarse exclusivamente en el consumo de alguna sustancia.

Además de conocer los problemas asociados con el consumo de alcohol, para mantener una visión preventiva amplia, la estrategia preventiva debe incluir a los factores que anteceden al consumo de alcohol en los adolescentes, tales como la poca participación de los padres en la vida de los hijos, el apoyo y supervisión brindados por ellos, así como la presencia de abuso físico y sexual,⁸⁻¹⁰ lo cual reducirá la probabilidad de iniciarse en el consumo del alcohol o ayudaría a disminuir las consecuencias de su consumo.

Asimismo, es importante trabajar porque el consumo de alcohol se inicie en edades mayores, lo que disminuirá la probabilidad de que llegue a presentarse la dependencia a la sustancia. En este sentido, para complementar el trabajo preventivo, es importante incidir sobre el cumplimiento y mejoramiento de las normas establecidas sobre la venta y disponibilidad del alcohol para los menores de edad.

REFERENCIAS

1. Organization of American States, Inter-American Drug Abuse Control Commission. Comparative Analysis of Student Drug Use in Caribbean Countries: A Report on Student Drug Use in 12 Caribbean Countries. U.S.: Organization of American States, Inter-American Drug Abuse Control Commission; 2010.
2. Naciones Unidas Oficina contra la Droga y el Delito. Informe subregional sobre uso de drogas en población escolarizada, Segundo estudio conjunto. Información para el diseño de las estrategias nacionales y regionales sobre la problemática de drogas en jóvenes. E.U.: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; 2009.

3. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2010. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan; 2011.
 4. Villatoro J, Gaytán F, Moreno M, Gutiérrez ML, Oliva N, Bretón M, et al. Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. Salud Mental 2011; 34(2): 81-94.
 5. Monteiro M. Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción. EUA: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
 6. Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Pública. Publicación Especial. Encuesta Nacional de Adicciones. Reporte de Resultados Nacionales. México: Secretaría de Salud; 2009.
 7. McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult Consequences of Late Adolescent Alcohol Consumption: A Systematic Review of Cohort Studies. PLoS Med 2011; (fecha de acceso 09 de marzo de 2012); 8(2). URL disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000413>
 8. Jiménez M, Serra J, Villafañe A, Jiménez W. Hijos Adultos de Madres/Padres Alcohólicos y factores de riesgo psicológicos en estudiantes universitarios. Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación 2011; (fecha de acceso 09 de marzo de 2012); 11(1): 1-20. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=44718060007>.
 9. Deas D, Thomas S. Comorbid Psychiatric Factors Contributing to Adolescent Alcohol and Other Drug Use. Alcohol Research & Health: Health Services Research 2006; 29(1):109-15.
 10. Abbey A, Zawacki T, Buck P, Clinton AM, McAuslan P. Alcohol and Sexual Assault. Alcohol Research & Health: Alcohol and Violence 2001; 25(1): 43-51.
 11. Gutiérrez R, Mora J, Unikel C, Villatoro J, Medina-Mora ME. Relación entre conductas alimentarias de riesgo y el consumo de alcohol y tabaco en mujeres adolescentes. En: La Psicología Social en México. México: AMEPSO; 2002, p. 405-10.
 12. Guzmán F, Alonso M. Adquisición del uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: el efecto de la relación con los amigos. SMAD Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas 2005 (fecha de acceso 09 de marzo de 2012); 1(2). URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80310202>
 13. Paniagua H, García S. Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. Revista Española de Salud Pública 2003; 77(3): 411-22.
 14. Bye EK, Rossow I. The impact of drinking pattern on alcohol-related violence among adolescents: An international comparative analysis. Drug and Alcohol Review 2009; 29: 131-7.
 15. Clark D, Vanyukov M, Cornelius J. Childhood Antisocial Behavior and Adolescent Alcohol Use Disorders. Alcohol Research & Health: Alcohol and Comorbid Mental Health Disorders 2002; 26(2): 109-15.
 16. World Health Organization. Youth Violence and Alcohol Fact Sheet. U.S.: World Health Organization; 2006.
 17. Resko S, Walton M, Bingham R, Shope J, Zimmerman M, Chermack S, et al. Alcohol Availability and Violence among Inner-City Adolescents: A Multi-Level Analysis of the Role of Alcohol Outlet Density. Am J Community Psychol 2010; 46: 253-62.
-

-
18. Palacios JR, Bravo MI, Andrade P. Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology International* 2007; 18(4): 1-13.
 19. Arias I, Cañón S, Castaño J, Giraldo M, Hans E, Herrera M, et al. Relación entre comportamientos sexuales, uso de droga y alcohol en estudiantes de algunos colegios públicos de Archivos de Medicina 2009; 9(2): 132-45.
 20. Becoña E, López-Durán A, Fernández E, Martínez U, Osorio J, Fraga J, et al. Borracheras, conducción de vehículos y relaciones sexuales en jóvenes consumidores de cocaína y éxtasis. *Adicciones* 2011; 23(3): 205-18.
 21. Patton C, Coffey C, Lynskey M, Reid S, Hemphill S, Carlin J, et al. Trajectories of adolescent alcohol and cannabis use into young adulthood. *Addiction* 2006; 102, 607-15.
 22. Pérez-Amezcu B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, De Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México* 2010; 52(4): 324-33.
 23. Chávez J, Villatoro J, Robles L, Bretón M, Sánchez V, Gutiérrez M, et al. Encuesta Escolar sobre Adicciones en el Estado de Jalisco en CD-ROM. México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2009.
 24. Martín del Campo R, Villatoro J, Mosqueda M, Gaytán F, López MA, García P, et al. Encuesta del Estado de México sobre el Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Estudiantes, 2009. Toluca, Estado de México: Secretaría de Salud del Estado de México; 2009.
 25. Medina-Mora ME, Gómez-Mont F, Campillo C. Validity and reliability of a high school drug use questionnaire among Mexican students. *Bulletin on Narcotics* 1981; 33(4): 67-76.
 26. Mariño MC, Medina-Mora ME, Chaparro J, González-Forteza C. Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología* 1993; 10(2): 141-5.
 27. López E, Medina-Mora ME, Villatoro J, Juárez F, Berenzon S. Factores relacionados al consumo de drogas y al rendimiento académico en adolescentes. *La Psicología Social en México* 1996; 6: 561-7.
 28. Berenzon S, Medina-Mora ME, Carreño S, Juárez F, Villatoro J, Rojas E. Las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal, 1993. *Salud Mental* 1996; 19: 1: 1-5.
 29. Juárez F, Berenzon S, Medina-Mora M.E, Villatoro J, Carreño S, López E, et al. Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas, el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. En: *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, IX Reunión de Investigación*; 1994, p. 85-93.
 30. Medina-Mora ME, Carreño S, De la Fuente JR. Experience with the alcohol use disorder identification test. In: *Recent Developments in Alcoholism. Vol. 14*. ISBN: 0-306-45747-4. The Consequences of Alcoholism. Marc Galanter; 1998, p. 383-96.
 31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Muestra censal. Base de datos. México: INEGI; 2010.
-

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



II.

Políticas de control de alcohol en México

Luz M. García Rivas,* José Luis Vázquez Martínez,**
G. Berenice Santamaría González,*** Tania Gordillo Moreno****

* Directora General de Coordinación y Cooperación. CONADIC.

** Especialista en reducción de la demanda de drogas. CICAD/OEA

*** Directora de Vinculación y Coordinación operativa. CONADIC

**** Subdirectora de Coordinación. CONADIC.

INTRODUCCIÓN

La producción y el consumo de bebidas alcohólicas forman parte de la historia de la humanidad; existe evidencia que muestra cómo desde la antigüedad se ha buscado controlar su uso,¹ ya que desde siempre los excesos en su consumo han tenido repercusiones negativas. Conforme ha transcurrido la historia, las medidas de control del alcohol se han apoyado en diferentes estrategias, que han pasado por la religión, la censura social, diversas restricciones económicas, hasta los sistemas más modernos integrados por un conjunto de políticas en diversos ámbitos que tienen como objetivo proteger la salud de la población.

Hoy en día, el consumo de alcohol en el mundo es el principal factor de riesgo en el desarrollo de más de 60 enfermedades, es responsable de aproximadamente 2.5 millones de muertes y hasta de 4% de la carga total de la enfermedad.² Adicionalmente, el consumo de alcohol se asocia con una serie de problemas como violencia, lesiones, suicidios, entre otros, que afectan no solo al individuo, sino a su familia, a su entorno y a la sociedad en general.³

Con el fin de contener la diversidad de efectos negativos que se generan alrededor del consumo de alcohol, así como a la necesidad de regular los fuertes intereses económicos que involucra la industria de producción y venta de alcohol, los gobiernos han implementado leyes, reglas y regulaciones las cuales se engloban dentro del término de políticas públicas.⁴

De manera general, Chandler, *et al.* definen a las políticas públicas como “el uso estratégico de recursos para aliviar los problemas nacionales”, en la búsqueda de lograr el mayor grado de bienestar en la población. En forma ideal, deben aplicarse aprovechando de manera óptima los recursos disponibles.

En cuanto a las políticas públicas diseñadas para el control del alcohol, su propósito principal debe servir a los intereses de la salud pública y al bienestar social; éstas deben incidir sobre diversos determinantes sociales y de salud como la edad mínima y los patrones de consumo, los entornos de ingesta y los servicios de salud disponibles para tratar a los bebedores con problemas.⁶

Las políticas sobre alcohol pueden clasificarse en dos categorías: distributivas y regulatorias.⁴ Las políticas distributivas están dirigidas a proporcionar financiamiento y otros recursos a un grupo distinto o tipo de organización para poder lograr un objetivo público. Por ejemplo, la provisión de tratamiento para las personas dependientes al alcohol. En contraste las políticas regulatorias buscan influir en las acciones, conductas y decisiones de otros a través del control directo de personas u organizaciones. Un ejemplo sería las leyes que imponen una edad mínima para la compra o el establecimiento de un límite de horas para la venta de alcohol.³

Debido a las múltiples perspectivas que inciden en el consumo de alcohol en la sociedad, la toma de decisiones en las políticas a este respecto no han sido sencillas, ya que muchas acciones se contrapo-

nen con los intereses económicos asociados al consumo de alcohol, por ejemplo las políticas orientadas a controlar la producción no regulada y la oferta al público.

En el presente capítulo se describe la forma en la que se ha hecho frente, a través de las políticas, al problema del abuso del alcohol a lo largo de la historia, además de describir la situación actual de éstas en México. En la parte final se presentan algunas propuestas y estrategias en política pública que señala la evidencia como efectivas para hacer frente al uso nocivo del alcohol.

ANTECEDENTES

En diferentes momentos históricos, las culturas han intentado controlar la disponibilidad y por ende, el consumo de alcohol entre la población. Desde las civilizaciones más antiguas, Grecia, Mesopotamia, Egipto y Roma, ya se ejercía control en la producción, distribución y el consumo de alcohol.¹

Durante más de 2000 años, los monarcas, los gobiernos y el clero implementaron acciones para prevenir problemas relacionados con el consumo excesivo del alcohol. Fue gracias a la medicina moderna en el siglo XIX, época en la que se generó una gran cantidad de conocimiento sobre los efectos del alcohol en el organismo, que la política sobre alcohol alcanzó un mayor potencial como instrumento de salud pública.⁸

En el siglo XX, derivado del uso de nuevas tecnologías en la medicina, el consumo excesivo o abuso

del alcohol empezó a entenderse como parte de una enfermedad, más que como una debilidad o vicio, lo que conllevó a atenderlo desde una perspectiva de salud pública.⁷ Se dejó de considerar que los problemas eran responsabilidad de un pequeño sector de bebedores crónicos, para entenderlo como resultado de los patrones de consumo de la población general. Desde esta concepción se asume que las políticas públicas regulan el comportamiento de la población en general y no solamente de aquellas personas que presentan abuso en su consumo.

Como resultado de este cambio en la concepción del consumo del alcohol, entre los años 1914 y 1921 se adoptaron en Estados Unidos, Canadá, Noruega, Islandia, Finlandia y Rusia leyes que prohibían la fabricación y venta de la totalidad o la mayoría de los tipos de bebidas alcohólicas. La mayoría de estas leyes se revocaron durante las décadas de 1920 y 1930, para ser remplazadas por las leyes y políticas que permitían pero regulaban la fabricación y venta de alcohol. Es importante señalar que la prohibición total del alcohol aún sigue siendo una parte fundamental de algunos gobiernos, sobre todo en los países islámicos y los estados de la India,³ más por cuestiones de tipo religioso. Cabe mencionar que, derivado de la cultura globalizadora, del uso de las redes sociales y de la fuerte influencia de la publicidad de la industria alcohólica en medios globales, algunos de estos países se encuentran en alerta para evitar el consumo y preservar sus tradiciones y cultura.

En Europa se ha visto en los últimos 50 años una convergencia de las políticas sobre alcohol. Algu-

nos países entre las regiones nórdicas y mediterráneas, como Irlanda y el Reino Unido, desarrollaron un estricto sistema de licencias, especialmente para la venta de bebidas alcohólicas en establecimientos. Sin embargo, argumentando cuestiones culturales, países como Suiza permiten la venta de bebidas alcohólicas fermentadas (vino y cerveza) a partir de los 16 años, mientras que para el consumo de bebidas alcohólicas destiladas se requiere contar con una edad mínima de 18 años.

Por su parte, Estados Unidos y Canadá han promovido la privatización de la venta al menudeo en varios de sus estados, mientras que en algunos otros aún se continúa con el control estatal de la venta lo que permite una supervisión más efectiva. En los aspectos regulatorios de publicidad, ambos países tienen controles permisivos lo que expone a gran parte de la población al bombardeo de mensajes de las grandes empresas alcoholera; en contraste, existen amplios esfuerzos de educación y seguridad pública para controlar la conducción bajo la influencia del alcohol, además de contar con un instrumento altamente efectivo como es la edad mínima de consumo establecida en 21 años.³

Referente a este último punto, el Congreso de los Estados Unidos declaró la Ley Nacional sobre la edad mínima legal para el consumo de alcohol, el 17 de julio de 1984, la cual prohíbe la venta de cerveza, vino y licor a personas menores de 21 años. Aun cuando prevalece esta prohibición existen algunas excepciones que admiten el consumo en menores de 21 años, como en el caso del consumo por un propósito religioso, cuando están acompa-

ñados por un padre, cónyuge o tutor legal, uso por prescripción médica, en los clubes privados, o establecimientos y por cuestiones de trabajo cuando se trata de un fabricante debidamente autorizado, mayorista o minorista.¹¹ Entre los estados que se apegan a este sistema se encuentran Washington, Oregon, Montana, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Nebraska, Minnesota, Wisconsin, Michigan, Ohio, Maine, Vermont, New Jersey, Delaware, Utah, Colorado, Tennessee, Arizona, Texas, Arkansas, Louisiana y Alaska.

Cabe señalar que los estados que no se encuentran apegados a esta iniciativa, enfrentan una reducción de los fondos viales conforme a la Ley de Ayuda Federal para Carreteras. De igual manera, en los estados donde la edad mínima de consumo no es de 21 años o en los que se incumple con esta disposición, se retiene el 10 por ciento del rubro etiquetado para esta política en cada ejercicio fiscal; que se destina al Programa del Sistema de Autopistas Interestatales y Nacionales.¹²

Por otro lado, en Canadá no existe disposición alguna establecida por el gobierno federal para definir la edad mínima legal para el consumo de bebidas alcohólicas, pues cada provincia y territorio establece sus propios límites para consumir alcohol. La edad legal para la compra, posesión, consumo y / o suministro de alcohol en cada provincia es diferente; en Ontario, Saskatchewan, Columbia Británica, Terranova y Labrador, Nueva Escocia, Nueva Brunswick, Isla del Príncipe Eduardo, Territorios del Noroeste, Yukón y Nunavut, la edad legal para beber es de 19.

El consumo de alcohol bajo supervisión de los padres es permitido, con algunas restricciones, en propiedad privada en las provincias de New Brunswick y Ontario y en el hogar en las provincias de Isla del Príncipe Eduardo y Saskatchewan.

Como se observa, en muchos países desarrollados, las políticas generales sobre alcohol que afectan a la población entera y que están orientadas al bien común han estado bajo cambios constantes.

Actualmente las medidas que afectan el consumo de alcohol son una característica común de los sistemas legales y normativos del mundo entero. Todos los gobiernos tienen que ocuparse del alcohol o de las bebidas alcohólicas como artículos de consumo de una u otra manera. Sin embargo, la política pública que considera el alcohol como un problema especial de tipo social o de salud, o como materia de amplia reglamentación, ha sido menos común.

Cabe señalar que las políticas públicas sobre el consumo del alcohol que se han implementado a través del tiempo en todo el mundo, obedecen a la concepción, percepción y definición del problema por lo que su forma de abordarlo y enfrentarlo se modifica a través del tiempo, según el contexto desde el cual se atiende.

HISTORIA DE LAS POLÍTICAS DE ALCOHOL EN MÉXICO

En México existe una larga historia de políticas públicas para enfrentar el problema del abuso del alcohol, ésta se remonta a las raíces culturales de los

pueblos mesoamericanos. En el caso de las distintas culturas prehispánicas, el consumo de alcohol se limitaba por lo general al pulque y su uso estaba estrictamente controlado por prácticas, normas, códigos y mitos que correspondían tanto a una visión religiosa como a un sistema de percepciones orientadas a regular el comportamiento cotidiano.¹⁴ La violación a estas normas establecía castigos como el rechazo y el asilamiento social.¹⁵

A partir de la llegada de los españoles, el control del consumo de alcohol y otras drogas se vinculó al proceso de conquista, el cual contribuía a la alcoholización de las comunidades locales. Esto se debió en parte a la adopción de las festividades del Calendario Cristiano en donde se consumía alcohol, a la inclusión de todos los grupos de la población en el mercado y a la comercialización del pulque.⁷

Durante la Conquista y la época de la Colonia las restricciones de clase permanecieron, aunque eran asociadas al tipo de bebida más que a la permisividad –o no– de beberla. La significación religiosa se flexibilizó al punto de dejar de ser una limitante para el consumo, provocando la consolidación de una cultura de permisividad que tuvo consecuencias negativas. La política se orientó hacia el control del desorden público con vagos esfuerzos por disminuir la disponibilidad; por ejemplo, en días de fiesta el pulque sólo podía venderse antes de mediodía, aunque la regulación era constantemente violada.⁷

Después de la Guerra de Independencia, la proliferación de la industria del pulque y otras bebidas como la cerveza y el tequila adquirió particular re-

levancia, generando enormes fortunas a quienes comercializaban el alcohol. Para esta época, las limitaciones religiosas, culturales, de clase y de temporalidad se diluyeron para abrir paso a la regulación derivada de las leyes de oferta y demanda que establecía el mercado.

Aún en esta circunstancia, se tiene registro de algunas acciones por parte del gobierno de México para el control de la producción, distribución y consumo del alcohol. A continuación se describen algunos hechos en orden cronológico sobre los esfuerzos en política pública para regular el consumo del alcohol:

En 1854 el gobierno de la ciudad ordenó el traslado de las pulquerías a las afueras del casco urbano, con tal de excluir los desórdenes del espacio público ocupado por las clases altas. Aceptaron que las pulquerías se instalaran en los barrios de las afueras de la ciudad.

En noviembre de 1901 se expidió el reglamento de pulquerías que fue la base de la normatividad de expendios de bebidas embriagantes al menudeo o cantinas de diciembre de 1903. La legislación, que incluía cualquier expendio de bebidas embriagantes, exigía la existencia de un local independiente de habitaciones u otro tipo de expendio (abarrotes, juegos), así como de persianas para cerrar las puertas y de vidrios opacos para evitar que se viera desde la calle lo que ocurría en su interior. También se pedía que contaran con escupideras y un lugar para el lavado de copas que tuviera abundante agua para el aseo; las pulquerías atendían hasta las seis de la tarde, las cantinas podían hacerlo hasta las nueve de la

noche o una hora más tarde si contaban con un permiso especial. Los domingos y festivos tanto cantinas como pulquerías debían cerrar a la una de la tarde. Estas restricciones de horario variaron, según las particulares situaciones de orden público.

En este mismo reglamento se estipulaba que en tiendas, pastelerías y fondas no se podrían vender bebidas al menudeo (en restaurantes y fondas sólo con la comida). Por su parte, en los expendios de bebidas no se permitían los juegos de azar, así como la entrada a agentes de policía, menores de edad o personas en estado de ebriedad. También se proscribía la reproducción de música o la presentación de cantantes sin el permiso respectivo. Otros comportamientos prohibidos eran el consumo de bebidas en la puerta, la venta de pólvora u otras sustancias inflamables y la presencia de personas diferentes del dependiente en el mostrador. Las normas también prohibían el consumo de bebidas embriagantes en lugares públicos, incluyendo zaguanes de casas.

Hasta finales de la década de 1910 aún continuaba vigente el reglamento de fondas y figones. Además de definir tanto las fondas y los figones, así como de restringir la venta de bebidas embriagantes solo si acompañaban los alimentos, el artículo 15 mencionaba la siguiente prohibición: “en su interior haya reuniones de vagos y personas de viciosa conducta, que solo concurren a ellos a cometer excesos, escándalos o con el fin de atentar contra los intereses sociales”; asimismo, proscribía los juegos de cualquier clase bajo la pena de cinco pesos u ocho días de prisión.

En el período entre 1911 y 1913, durante el gobierno de Francisco I. Madero dichos reglamentos no fueron modificados y continuaron con los mismos patrones heredados por los urbanistas e higienistas porfirianos y bajo los principios señalados.

Ya en 1913 se expidieron 13 nuevos reglamentos, Victoriano Huerta quería mostrar a los habitantes de la capital y del país la intención de establecer un mayor control social en los establecimientos públicos y en la vida cotidiana de los habitantes de la ciudad. Huerta expidió un nuevo reglamento para pulquerías –aplicable a todos los establecimientos de venta de bebidas embriagantes–, las reglas para el descanso dominical en el Distrito Federal, el reglamento a la prostitución y el acuerdo que definía las facultades del Gobernador en la policía de los mercados públicos. Se prohibió el consumo al interior de los expendios. El artículo 22 del Reglamento para pulquerías señalaba: “queda estrictamente prohibido a los encargados de los expendios de pulque, consentir que en el expendio permanezca el público mayor tiempo del necesario para hacer las compras, así como vender el pulque para que sea bebido allí mismo”. También prohibía cualquier tipo de anuncio; el único aviso permitido era: “Expendio de pulque”.¹⁷

Para 1915 con la consolidación del carrancismo, también se inició la expedición de nuevos reglamentos para remplazar las normativas huertistas, así como los esfuerzos para normalizar el pago de impuestos por los establecimientos públicos. El 19 de noviembre de ese año un nuevo reglamento de bebidas alcohólicas entró en vigor, en el que se seña-

labo una estratificación de estos lugares de acuerdo con su ubicación en la ciudad. Las “cantinas de primera” estarían ubicadas en el primer cuadro de la ciudad y no se podrían establecer en las principales avenidas (Madero, Cinco de Mayo, Paseo de la Reforma y Juárez) ni en los paseos públicos o a menos de cien metros de escuelas y templos. Se prohibía la venta de licores y bebidas embriagantes tanto a menores y “mujeres de mala conducta”, como a gendarmes en servicio, soldados y policías. En este reglamento se incluyó por primera vez la cantidad a ser consumida, ya que se establecía la venta de no más de un cuarto de litro de licor para el consumo de una misma persona en el establecimiento. Tampoco se permitía la venta de alimentos diferentes a “sándwiches”.

El 21 de diciembre del mismo año se expidió el reglamento de restaurantes y fondas. En éste se definían tres tipos de expendios de comidas: “se dará el nombre de **restaurants** a todos aquellos establecimientos en que se expendan alimentos al público y estén debidamente facultados para vender cervezas, vinos y licores con esos alimentos; de **fondas de primera**, aquellos en que no se vendan las bebidas expresadas anteriormente, pues que en ellas sólo se podrá vender cerveza y pulque con los alimentos, y de **fondas de segunda**, a los establecimientos o expendios de menor categoría, en donde se vendan alimentos corrientes y en los cuales con ellos también podrá venderse pulque”.

En junio de 1919, el gobierno de Carranza expidió un nuevo reglamento para los expendios de bebidas alcohólicas. Dentro de las novedades, llaman la

atención dos artículos de esta normativa. En primer lugar, no se permitía poseer ni administrar dichos establecimientos a empleados públicos, menores e incapacitados y a mujeres “cualquiera que sea su edad”. Asimismo, en el artículo 11 se prohibía “la entrada a mujeres y menores de edad, para lo cual se inscribirá en parte visible del exterior esta prohibición”. Otro aspecto novedoso era que los dueños o encargados debían dar aviso a las comisarías de la demarcación de los domicilios y nombres de sus dependientes o mozos “cuidando de notificar cuando alguno cambie su residencia”.

Algunas leyes que se establecieron posteriores a este periodo son: La Ley de impuestos sobre alcoholes, aguardiente y mieles incristalizables establecida el 31 de diciembre de 1941, la Ley de impuestos a las industrias de alcohol y aguardiente en 1955, la Ley federal del impuesto de envasamiento de las bebidas alcohólicas en 1961, la Ley federal de impuestos a las industrias del azúcar, alcohol, aguardiente y envasamiento de bebidas alcohólicas establecida en 1972 y en 1981 se estableció la Ley del impuesto especial sobre producción y servicios.

Hasta antes de 1980, el impuesto a la producción se pagaba con una cuota fija por litro, y a partir de 1981 se estableció el gravamen a la enajenación con una tasa *ad valorem* de 40% hasta 1985, de 50% hasta 1991, de 44.5% hasta 1997, de 60% hasta 1999, cuotas fijas hasta el 2001 y a partir del 2002 otra vez 60%.

En 1984, en el marco de la Ley General de Salud, por primera vez se reconoció el problema del abu-

so de alcohol como un asunto de Salubridad General y dentro del Programa Nacional de Salud 1983-1988 se estructuró el Primer Programa contra las Adicciones, que incluía la atención del alcoholismo, dando lugar a la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones en 1986.

Como se describió, hasta ese entonces las políticas estuvieron centradas en el control de la oferta de la sustancia, pues se consideraba que el problema era más bien la forma no regulada en que se comercializaba, aún y cuando en todas las políticas públicas mencionadas, existían esfuerzos apenas incipientes para controlar la demanda.

PANORAMA ACTUAL EN MÉXICO

Actualmente México cuenta con un amplio conjunto de leyes, reglamentos y normas que representan el marco jurídico de las acciones en materia de abuso y dependencia al alcohol las cuales se fundamentan en el Artículo Cuarto de la Constitución Política Mexicana, que señala el derecho a la protección de la salud para todos los mexicanos.

La Ley General de Salud, reglamentaria de este artículo Cuarto constitucional, en su Artículo 185, Capítulo Segundo, establece las acciones del Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Este programa contempla aspectos como la prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos; la educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos,

a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva; así como el fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuvan en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo.

Cabe mencionar que esta Ley no considera aún el término de “Uso Nocivo de Alcohol” que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y en el marco de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol, se refiere a este concepto como *“una noción amplia que abarca el consumo del alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales. El uso nocivo del alcohol compromete tanto el desarrollo individual como el social, y puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su familia y desgarrar la urdimbre de la comunidad.”*²

Ahora bien, aún y cuando se han establecido diversas acciones para prevenir el uso nocivo del alcohol y se cuenta con la red de tratamiento más grande en Latinoamérica, que incluye a la mayor cantidad de grupos de ayuda mutua (Alcohólicos Anónimos) sólo después de los Estados Unidos, el problema de uso nocivo de alcohol en México es muy severo. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en el 2008, señaló que casi 27 millones de mexicanos de entre 12 y 65 años (26,828, 893) consume grandes cantidades de alcohol por ocasión, es decir, aunque beben con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren

grandes cantidades. Además, casi cuatro millones (3,986,461) beben en grandes cantidades una vez a la semana y más de cuatro millones (4,168,063) de personas en México cumple con los criterios de abuso y dependencia, de estos tres y medio millones (3,497,946) son hombres y poco más de medio millón (670 117) son mujeres.

La ENA 2008¹⁹ también arrojó que tanto en hombres como en mujeres el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años, y se observa que la tendencia a adoptar patrones de abuso crece con rapidez entre las mujeres, afectando de manera especial a los adolescentes.

La forma de beber en los mexicanos se asocia a una proporción importante de problemas. En México la cirrosis de hígado es una de las 10 primeras causas de muerte de la población y ésta es la causa más común de muerte para hombres entre 35 y 54 años.²⁰ Otro ejemplo son los índices de accidentes por el uso del alcohol, investigaciones reportan que el 13.4% de quienes asisten a salas de urgencias debido a heridas por accidente de auto tenían concentraciones de alcohol positivas en sangre y 14.6% de los casos admitieron haber consumido alcohol seis horas antes del accidente.²¹

Los resultados anteriores muestran la necesidad de continuar trabajando en las políticas públicas en materia de alcohol, lo cual requiere la participación conjunta de los tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal), ya que a cada uno le corresponde diversos niveles de responsabilidad en la aplicación de medidas de control del alcohol.

Por ejemplo, a nivel federal, además de los temas de competencia de la Secretaría de Salud ya referidos, en materia de alcohol, la Ley General de Salud, contempla dos supuestos:

- La Secretaría de Salud se coordinará con los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, para la ejecución del Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, resaltando acciones tales como, educación, prevención y tratamiento, investigación, fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales,
- A los Gobiernos de las Entidades Federativas les corresponde ejercer la verificación y control sanitario de los establecimientos que expendan o suministren al público alimentos y bebidas no alcohólicas y alcohólicas, en estado natural, mezclados, preparados, adicionados o acondicionados, para su consumo dentro o fuera del mismo establecimiento.

Fue que a partir de la publicación de la Ley General de Salud, se derivaron varios reglamentos de la misma, de esta forma, se contempló el tema de las bebidas alcohólicas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.

Para la aplicación y vigilancia de las disposiciones previstas en tales ordenamientos normativos, es que las entidades de la Administración Pública Federal, desarrollan funciones apegadas a sus marcos normativos y esferas de competencia respectivas que de manera coordinada, ejecutan las políticas y normativas en esta materia.

Por otra parte, es importante mencionar que también corresponde a otras instancias federales establecer acciones desde el ámbito de sus capacidades para implementar políticas para el control en temas de alcohol.

CONTROL SANITARIO

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.²²

En este sentido, se entiende por control sanitario, el conjunto de acciones de orientación, educación, muestreo, verificación y, en su caso, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, que ejerce la Secretaría de Salud con la participación de los productores, comercializadores y consumidores, con base en lo que establecen las normas oficiales mexicanas y otras disposiciones. En materia de bebidas alcohólicas, el ejercicio del control sanitario se aplica al proceso, importación y exportación bebidas

alcohólicas, materias primas y, en su caso, aditivos que intervengan en su elaboración, así como también a las actividades, servicios y establecimientos, relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas. En este sentido el Reglamento de Control Sanitario de Productos y servicios prevé las disposiciones aplicables en esta materia con los supuestos de vigilancia sanitaria antes señalados, que formula la propia Ley General de Salud.²³

En cuanto al control sanitario de la importación y exportación de bebidas alcohólicas, se incluye la identificación, naturaleza y características de las mismas; materia que igualmente se encuentra regulada en el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios. En cuanto a publicidad, la COFEPRIS tiene a su cargo la autorización de la publicidad que se realice sobre la existencia, calidad y características, así como para promover el uso, venta o consumo en forma directa o indirecta de las bebidas alcohólicas, cumpliendo con los propios requisitos que establece la Ley General de Salud y en los términos que se estipulen en el Reglamento de esta Ley en materia de publicidad.

En lo que refiere al etiquetado y envasado de bebidas alcohólicas, la Norma Oficial Mexicana NOM-142-SSA1-1995 “Bienes y servicios. Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial”, establece las especificaciones sanitarias y disposiciones de etiquetado sanitario y comercial de las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el territorio nacional. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en

todo el territorio nacional para las personas físicas o morales que se dedican a su proceso o importación, quedando exceptuados los productos para exportación, ya que éstos son regulados por las disposiciones que para el efecto emiten la Secretaría de Economía y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

ALCOHOL Y CONDUCCIÓN

Otra instancia de la Secretaría de Salud involucrada en la implementación y desarrollo de las políticas públicas en materia de alcohol, es el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA) cuyas atribuciones principales son las de proponer las políticas y estrategias nacionales de prevención de accidentes e impulsar programas que promuevan la formación, capacitación y actualización técnica de los recursos humanos que participan en las acciones de prevención.

En este contexto, el CONAPRA impulsa y coordina una política pública de alcance nacional enfocada a disminuir la ocurrencia y gravedad de las lesiones como consecuencia de accidentes de tránsito asociados al consumo del alcohol, a través del Programa Nacional de Alcoholimetría. Este programa comprende mecanismos para la vigilancia y aplicación de la normatividad en cuanto a venta de alcohol a menores de edad, venta de bebidas adulteradas, horarios y establecimientos en lo que se expenden bebidas alcohólicas, así como la adecuación del marco legal para la realización de operativos aleatorios de alcoholimetría.

A efecto de implementar de manera exitosa la realización de operativos aleatorios de alcoholimetría en los 132 municipios con mayor mortalidad por accidentes de tránsito, la Secretaría de Salud participa, mediante la asignación de recursos a los 32 Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes, para la compra de equipos e insumos que requieren las áreas de Seguridad Pública y Tránsito para la realización de los operativos antes mencionados.

Como eje rector de este Programa, se encuentra el establecimiento de los límites de alcoholemia; por lo que con la finalidad de homologar el trabajo de Estados y Municipios, y tomando en cuenta las estadísticas de accidentes y/o fatalidades donde hubo alcohol involucrado y las poblaciones de mayor riesgo, el CONAPRA ha establecido los siguientes límites de alcoholemia:

- Conductores del transporte público - 0.00 mg/L para conductores del transporte público federal y todo transportista (peseros, combis, taxis, microbuses, transporte de carga, etcétera).
- Conductores particulares - 0.00 mg/L para adolescentes (16 a 18 años) con permisos de conducir (no licencias) y jóvenes menores de 21 años.
- 0.40 mg/L para personas de 21 años cumplidos en adelante.

Lo que se busca en los operativos de alcoholimetría es crear un efecto disuasivo sobre la ingesta de bebidas alcohólicas y la conducción de automóviles.

En cuanto al marco normativo que fortalece la aplicación de este programa, el Reglamento de Tránsito en Carreteras Federales establece la prohibición de conducir un vehículo, destinado al servicio público federal, bajo la influencia de bebidas alcohólicas o el efecto de drogas enervantes. En caso de incumplimiento, procede la revocación de la licencia del conductor.

Por su parte, el Reglamento de Tránsito Metropolitano del Gobierno del Distrito Federal, establece que ninguna persona puede conducir vehículos por la vía pública, si tiene una cantidad de alcohol en la sangre superior a 0.8 gramos por litro o de alcohol en aire expirado superior a 0.4 miligramos por litro o bajo el influjo de narcóticos. Asimismo establece que los operadores de vehículos destinados al servicio de transporte de pasajeros, de transporte de carga o de transporte de sustancias tóxicas o peligrosas, no deben presentar ninguna cantidad de alcohol en la sangre o en aire expirado, o síntomas simples de aliento alcohólico o de estar bajo los efectos de narcóticos. El incumplimiento de estas disposiciones se sancionan con arresto administrativo inmutable de 20 a 36 horas. Asimismo, todos los conductores de vehículos a quienes se les encuentre cometiendo actos que violen las disposiciones del Reglamento y muestren síntomas de que conducen en estado de ebriedad o bajo el influjo de narcóticos, están obligados a someterse a las pruebas para la detección del grado de intoxicación por el Médico del Juzgado Cívico ante el cual sean presentados o por personal autorizado para tal efecto.

Cabe mencionar que, de acuerdo con datos proporcionados por la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal, con la implementación del Programa “Conduce sin Alcohol”, de 2003 a 2011 los accidentes automovilísticos, muertes y daños vinculados al consumo y abuso de alcohol, se han reducido en 30%.²⁶

REGULACIÓN DE DISPOSICIONES ECONÓMICAS Y FISCALES

En otra esfera de competencia, la Secretaría de Economía, en materia de comercio y distribución de bebidas alcohólicas, es la encargada de formular y conducir las políticas generales de industria, comercio exterior, interior, abasto y precios del producto en el país.²⁷ En este sentido, regula, promueve y vigila la comercialización, distribución y consumo de las bebidas alcohólicas, al tiempo en que proyecta y determina los aranceles y fija los precios oficiales de las mismas. Asimismo, establece la política de precios, y en concurrencia con las autoridades locales, vigila su estricto cumplimiento.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público formula las disposiciones fiscales aplicables en la materia, tales como la determinación de aranceles en coordinación con la Secretaría de Economía, así como la designación de impuestos especiales aplicables a la producción, distribución y comercio de bebidas alcohólicas. Asimismo, publica el Índice Nacional de Precios de Bebidas Alcohólicas, donde se establece el factor de actualización correspondiente al año en curso y las cuotas por litro vigentes para ese mismo periodo.

ÁMBITOS DE COMPETENCIA

Al ser el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas materia concurrente, por tratarse de un tema de salubridad general, existen diferentes normatividades encaminadas a un mismo fin. Tal es el caso del consumo del alcohol, siendo así que existen disposiciones de forma genérica (materia federal) y disposiciones específicas que son elaboradas por el constituyente de acuerdo a las necesidades y condiciones de una población (materia estatal y municipal); es decir, las autoridades federales establecen los preceptos generales en la materia, así como la legalidad o ilegalidad de la venta de alcohol en el país, mientras que las autoridades estatales o municipales son las que otorgan permisos para la venta de bebidas alcohólicas así como los horarios y lugares en donde está permitida su venta, teniendo la facultad de permitir o no el consumo de bebidas alcohólicas en su territorio.

Existen diferentes legislaciones respecto del consumo del alcohol en los estados de la República Mexicana, las cuales regulan la apertura de establecimientos expendedores y de venta de bebidas alcohólicas, establecen prohibiciones para la venta o suministro de bebidas alcohólicas a menores de edad y fijan la imposición de sanciones tanto de carácter administrativo como penal.

Para ejemplificar la diversidad de disposiciones que se pueden encontrar en un mismo estado se puede mencionar a Michoacán, ya que independientemente de la Ley General de Salud, de aplicación federal y de la Ley General de Salud local, a nivel

municipal cada ayuntamiento emite reglamentos que regulan la venta y el consumo de bebidas alcohólicas. Estos reglamentos, establecen las obligaciones de los dueños, encargados y empleados de los establecimientos donde se expenden bebidas alcohólicas.

Por su parte, el estado de Guanajuato cuenta con una Ley de Alcoholes, misma que establece las bases para la venta y el consumo de bebidas alcohólicas en su territorio; dentro de la misma ley establece prohibiciones para los productores, almacenistas, distribuidores y expendedores de bebidas alcohólicas sobre vender bebidas alcohólicas a los menores de edad y establece sanciones para el incumplimiento de las disposiciones.

En Nayarit existe la Ley que Regula los Establecimientos dedicados, a la Producción, Almacenamiento, Distribución y Enajenación de Bebidas Alcohólicas.

En esta ley se estipula que los productores, almacenistas, distribuidores y expendedores de bebidas alcohólicas tienen prohibido permitir la entrada y vender bebidas alcohólicas a menores de edad en cantinas, bares, centros nocturnos y expendios de bebidas alcohólicas.

Otro estado a la vanguardia en regulación en materia de bebidas alcohólicas, es el estado de Jalisco, el cual cuenta con una Ley sobre Venta y Consumo de Bebidas Alcohólicas; dentro de las disposiciones que contiene esta ley, podemos encontrar la prohibición a los propietarios, encargados o empleados de los

establecimientos en los que se opere el giro de venta o consumo de bebidas alcohólicas, vender o permitir el consumo de bebidas alcohólicas a los menores de edad; así como permitirles la entrada a cantinas, cervecerías, cabaretes, centros nocturnos o botaneros, pulquerías, bares, discotecas y similares; salvo tratándose de eventos en que no se vendan y consuman bebidas de contenido alcohólico. La sanción para quien cometa esta falta es una multa de 30 a 200 días de salario mínimo diario general vigente y en su caso la suspensión temporal para la venta y consumo de bebidas alcohólicas hasta por diez días.

Otro ejemplo es el estado de Aguascalientes donde, al igual que Jalisco, cuenta con una Ley que regula la Venta y Consumo de Bebidas Alcohólicas. En esta Ley se prohíbe a los propietarios, encargados, o empleados de los establecimientos en los que se opere el giro de venta o consumo de bebidas alcohólicas, vender o permitir el consumo de bebidas alcohólicas a los menores de edad aún cuando éstos vayan acompañados de un adulto; aquí la sanción es de 10 a 150 veces el salario mínimo general vigente en el estado, por permitir el acceso a menores de edad. Asimismo se procederá a la cancelación de las licencias o permisos específicos por contravenir la Ley y los Reglamentos municipales.

Cabe señalar que otras entidades federativas como el caso de Querétaro, Baja California, San Luis Potosí, Hidalgo y Tlaxcala, también cuentan con disposiciones a nivel de leyes y reglamentos, que prevén un programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, además de regular el expendio y la venta de bebidas alcohólicas.

ATENCIÓN A LA SALUD

En nuestro país, como en muchos otros, hasta hace muy poco el alcoholismo no tenía un lugar como enfermedad crónica con derecho a tratamiento; de hecho, no está incluido en los seguros médicos privados. En las instituciones de salud se tratan principalmente las secuelas del abuso de alcohol en el organismo y existe una baja percepción de riesgo en gran parte de la sociedad.⁷

Sin embargo, se empiezan a observar cambios importantes que colocan a México a la vanguardia internacional en cuanto a la cobertura universal en salud que se ha impulsado desde el gobierno federal. A partir de 2010 se incluyó en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) la atención a las adicciones, lo cuál a través del Seguro Popular, permitirá a toda la población inscrita tener acceso a tratamientos. Algunas de las adicciones que cubre el Causes en su modalidad de prevención selectiva o indicada, o bien, de diagnóstico y tratamiento son: intoxicación por alcohol, cocaína, metanfetaminas, sedantes o hipnóticos, opiáceos, solventes volátiles y otras sustancias psicoactivas.²⁹

PROPUESTA

La evidencia del impacto de las políticas de control del alcohol está cambiando constantemente y requiere actualizarse con frecuencia. Como parte de la necesidad de contar con evidencia científica contundente, que permita validar las propuestas de política pública, en el 2010 la Dra. María Elena Medina-Mora junto con un grupo de colaboradores

evaluaron el impacto de las intervenciones para prevenir el abuso de alcohol. Encontraron que la medida independiente con mayor costo efectividad para disminuir los años vividos con discapacidad o disfunción (DALY's, por sus siglas en Inglés) es la aplicación de impuestos especiales.

En esta misma investigación se observó que el mayor impacto en la disminución de años vividos con discapacidad se dio por la combinación de las siguientes cinco medidas:

- a) Incremento de los impuestos
- b) Mayor control de la publicidad
- c) Reducción de la disponibilidad de bebidas alcohólicas
- d) Aplicación de consejería e intervenciones breves para personas con problemas por su manera de beber
- e) Aplicación sistemática de pruebas aleatorias de detección de aliento alcohólico (alcoholímetro).

Asimismo, las recomendaciones internacionales señalan que para hacer frente a los problemas de salud pública que produce el alcohol, se requiere infraestructura de atención de los trastornos producidos por el consumo de alcohol, particularmente la dependencia.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud en su Asamblea General de febrero de 2010, presentó ante los países miembros la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol, ya referida anteriormente con el fin de disminuir la carga mundial de morbilidad causada por el consumo no-

civo del alcohol. Dicha estrategia establece diez esferas de acción para implementar las políticas de control del alcohol que se complementan y apoyan recíprocamente (*Cuadro 1*). Incluye políticas e intervenciones con base científica que pueden proteger la salud y evitar la mortalidad si se aplican correctamente.

La diversidad propia de las poblaciones, hace difícil que se desarrollen políticas públicas que alcancen a la totalidad de las personas. El consumo de alcohol se encuentra ampliamente difundido en la sociedad y es parte de la cotidianidad, por lo que el diseño de políticas públicas requiere de integrar contextos sociales, más allá de los que corresponden al propio sistema de atención a la salud, a través de la adecuada coordinación entre diferentes programas sectoriales del Gobierno.⁷

La OMS³⁰ propone que los formuladores de políticas deben tomar en cuenta el acervo de conocimientos científicos en torno a la eficacia y la costo-eficacia de las siguientes estrategias:

- Regular y restringir la disponibilidad de bebidas alcohólicas.
- Promulgar normas apropiadas sobre la conducción de vehículos en estado de ebriedad.
- Reducir la demanda mediante mecanismos tributarios y de fijación de precios.
- Aumentar la sensibilización y el apoyo con respecto a las políticas.
- Proporcionar tratamiento accesible y asequible a las personas que padecen trastornos por abuso del alcohol.

- Poner en práctica programas de tamizaje e intervenciones breves para disminuir el consumo peligroso y nocivo de bebidas alcohólicas.

Si bien existe una amplia gama de respuestas políticas para atender las consecuencias del uso nocivo del alcohol, el gobierno debe formular, aplicar, vigilar y evaluar estas políticas públicas, tomando en cuenta la necesidad de no sólo contemplar el enfoque de salud pública, sino todas las esferas en las que este fenómeno incide, además de considerar las acciones que garanticen su cumplimiento a través de la estricta aplicación de la ley.

En la lógica de avanzar con los instrumentos legislativos y las políticas públicas en el tema de alcohol, durante la primera mitad de 2011, un grupo de expertos reconocidos a nivel nacional de diversas instancias académicas y gubernamentales, atendiendo a las recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, elaboró una propuesta de Ley General Para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol (LGPRUNA). Sin embargo, con el objetivo de fortalecer los instrumentos jurídicos y normativos existentes, se replanteó la propuesta inicial, convirtiéndola en un proyecto de iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud (LGS).

Esta Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, propone dar un enfoque integral a la atención y prevención del uso nocivo del alcohol, aprovechando la infraestructura normativa y

Cuadro I. Esferas de Acción para Implementar Políticas de Control del Alcohol (OMS, 2010).

Esfera	Descripción
1. Liderazgo, concienciación y compromiso.	Para que la acción sea sostenible, hace falta un firme liderazgo y una sólida base de concienciación, voluntad política y compromiso. Es importante adoptar políticas nacionales integrales e intersectoriales, suficientemente financiadas, en las que se definieran claramente la contribución y las responsabilidades de los distintos asociados. Las políticas deben estar basadas en la evidencia disponible, ajustarse a las circunstancias locales y comprender estrategias, metas y objetivos claros. Asimismo, debe ir acompañada de un plan de acción concreto y tener el respaldo de mecanismos de aplicación y evaluación eficaces y sostenibles. La participación oportuna de la sociedad civil y los actores económicos es fundamental.
2. Respuesta de los servicios de salud.	Los servicios de salud son fundamentales para abordar los daños a nivel individual entre las personas con trastornos debidos al uso nocivo del alcohol y otros problemas de salud provocados por el alcohol. Deben ofrecer intervenciones de prevención y tratamiento a los individuos y las familias que corren el riesgo de sufrir trastornos por el consumo de alcohol y afecciones asociadas, o que ya los padecen y deben llegar a una amplia gama de actores ajenos al sector de la salud, movilizarlos y recabar su participación.
3. Acción comunitaria.	Los gobiernos y otros interesados pueden ayudar a las comunidades y potenciar su capacidad para que utilicen conocimientos teóricos y prácticos locales para adoptar enfoques eficaces que permitan prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol modificando el comportamiento colectivo, antes que el individual, sin dejar de respetar las normas culturales, las creencias y los sistemas de valores.

Cuadro I. Continuación...

4. Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol.	Las estrategias de reducción de los daños asociados al alcohol al volante deben incluir medidas disuasorias destinadas a disminuir las probabilidades de que una persona conduzca bajo los efectos del alcohol, así como medidas que creen un entorno de conducción más seguro gracias al cual serán menores la probabilidad y la gravedad de los daños por colisiones propiciadas por el alcohol.
5. Disponibilidad de alcohol.	El grado de reglamentación de la disponibilidad de alcohol dependerá de las circunstancias locales, en particular el contexto social, cultural y económico, y de las obligaciones internacionales vinculantes en vigor. En algunos países en desarrollo y países de ingresos bajos y medios el alcohol se obtiene principalmente en mercados informales, por lo que los controles oficiales de las ventas se tienen que complementar con medidas dirigidas al alcohol ilícito o el alcohol de producción informal. Por otra parte, la imposición de restricciones demasiado severas a la disponibilidad de alcohol puede fomentar la aparición de un mercado ilícito paralelo. El suministro indirecto de alcohol, por ejemplo a través de padres o amigos, se debe tener en cuenta en las medidas sobre la disponibilidad de alcohol.
6. Marketing de las bebidas alcohólicas.	La reducción del impacto del marketing, sobre todo entre los jóvenes y adolescentes, es un objetivo importante si se quiere reducir el uso nocivo del alcohol. El alcohol se comercializa mediante técnicas publicitarias y de promoción cada vez más sofisticadas, por ejemplo la vinculación de marcas de alcohol a actividades deportivas y culturales, el patrocinio y la colocación de productos, y nuevas técnicas de mercadotecnia como los correos electrónicos, los mensajes SMS y los podcast, la utilización de los medios sociales y otras técnicas de comunicación. Se debería estudiar la posibilidad de aplicar un criterio de precaución para proteger a los jóvenes contra esas técnicas.

Cuadro I. Continuación...

7. Políticas de precios.	Se pueden emplear políticas de fijación de precios para reducir el consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad, detener la progresión hacia la ingestión de grandes cantidades de alcohol y/o episodios de borrachera, y ejercer influencia en las preferencias de los consumidores.
	El aumento del precio de las bebidas alcohólicas es una de las intervenciones más eficaces para reducir el uso nocivo del alcohol. Un factor clave es un régimen eficaz y eficiente de imposición tributaria, con los mecanismos requeridos para recaudar impuestos y exigir el cumplimiento de la fiscalidad. En esas circunstancias, los cambios de la fiscalidad deben ir acompañados de actividades encaminadas a someter los mercados ilícitos e informales a un efectivo control público.
8. Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica.	Esta esfera de acción comprende opciones de política e intervenciones que se centran directamente en la reducción de los daños provocados por la intoxicación etílica y el consumo de alcohol, sin que se vea necesariamente afectado el consumo per se. La evidencia y las prácticas adecuadas actuales respaldan las intervenciones complementarias en el marco de una estrategia más amplia de prevención o reducción de los efectos negativos del consumo de alcohol y la intoxicación etílica.
9. Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal.	La producción y la venta de alcohol informal están arraigadas en muchas culturas y a menudo no se controlan estrictamente. Así pues, las medidas de control podrían ser diferentes para el alcohol ilícito y el de producción informal, y deberían combinarse con la concienciación y la movilización de la comunidad. Son también importantes las iniciativas tendentes a propiciar fuentes de ingresos alternativas.

Cuadro I. Continuación...

10. Seguimiento y vigilancia.	Se requieren medidas de seguimiento y vigilancia a nivel local, nacional e internacional para monitorear la magnitud y las tendencias de los daños relacionados con el alcohol, fortalecer las actividades de promoción, formular políticas, y evaluar el impacto de las intervenciones. Las actividades de seguimiento deberían permitir también conocer el perfil de las personas que acceden a los servicios y las razones por las cuales las más afectadas no recurren a los servicios de prevención y tratamiento. El desarrollo de sistemas de información nacionales sostenibles que usen indicadores, definiciones y procedimientos de recogida de datos compatibles con los sistemas de información mundiales y regionales de la OMS constituye una base importante para poder evaluar cabalmente las actividades nacionales de reducción del uso nocivo del alcohol y vigilar las tendencias a nivel subregional, regional y mundial.
-------------------------------	---

operativa ya existente en materia de salubridad general (vigilancia epidemiológica, acciones de prevención y promoción de la salud, vigilancia y control sanitarios); ampliando el alcance de acción al Uso Nocivo de Alcohol y no solamente hacia el alcoholismo, como estaba establecido anteriormente.

Entre las principales estrategias que se proponen, destaca el considerar el Uso Nocivo de Alcohol como materia de Salubridad General; asimismo se prevé el programa para la prevención y reducción del uso nocivo del alcohol; así como la protección a terceros y a la sociedad frente al uso nocivo del alcohol. Por otra parte, prevé que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, podrá auxiliarse de los informes, evaluaciones o dictámenes técnicos que para tal efecto emitan el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, en materia de control y vigilancia sanitarios, importación y exportación; y publicidad de bebidas alcohólicas.

Asimismo, otorga facultades a la Secretaría para determinar los niveles de alcoholemia permitidos en conductores de vehículos, personas que hagan uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas, así como los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud que participen en la atención médico-quirúrgica de un usuario. Cabe destacar que se prevén sanciones administrativas al que induzca, propicie, venda o suministre a menores de edad o incapaces mediante cualquier forma, bebidas alcohólicas. Finalmente faculta a la Secretaría de Salud para que proponga políticas fiscales

y de precios en materia de bebidas alcohólicas, así como establecer otras medidas que favorezcan la disminución del uso nocivo del alcohol y de los efectos de éste en terceros.

Esta propuesta se envió a la Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados de la LXI Legislatura, donde fue aprobada en Diciembre de 2011 y desde donde se turnó a la H. Cámara de Senadores para su revisión y dictaminación. Cabe mencionar que a octubre de 2012, aún se encuentra pendiente de ser presentada al pleno para su votación.

Lograr una política integral para el control del alcohol en México es una tarea compleja; sin embargo, es necesario trabajar en este sentido. Atender las consecuencias del uso nocivo del alcohol va más allá de elaborar un catálogo de políticas, es necesario reconocer y tomar en cuenta el contexto social, las realidades epidemiológicas y sobre todo lograr coordinar la instrumentación de la política con los programas de atención.

Es necesario alinear a todas los actores involucrados y considerar también la necesidad de estar alerta ante intereses externos, como los de la industria alcoholera, que intenten demeritar la necesidad de fortalecer las regulaciones sobre la venta, publicidad y promoción de bebidas alcohólicas. La evidencia científica muestra que, más allá de cualquier otra disertación, a mayor disponibilidad del producto habrá un mayor consumo. De aquí la urgencia de implementar políticas públicas que regulen la disponibilidad.

Por otro lado, también es importante considerar la necesidad de sensibilizar a los responsables de los diferentes ámbitos de competencia. En la actualidad se cuenta con una gran cantidad de información con base científica sobre las consecuencias del uso nocivo del alcohol; así mismo, se tienen ejemplos de políticas públicas exitosas en otros países, por lo que difundir estos conocimientos entre los actores relacionados, permitirá contar con aliados en todos los frentes, con el fin de impulsar propuestas integradas, efectivas y viables que repercutan directamente en el bienestar de nuestro país.

REFERENCIAS

1. Ghalioungui P. Fermented beverages in antiquity. In: Gastineau CF, Darby W, Turner. Fermented food beverages in nutrition. New York, NY: Academic Press; 1979, p. 3-19.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo del alcohol; 2010.
3. Babor T, Caetano R, Casswell S, Griffith E, Giesbrecht N, Graham K, Grube J y cols. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. Organización Panamericana de la Salud. 2a. Ed. Washington, D.C.: 2010.
4. Longest B. Health policymaking in the United States. IL: Health Administration Press. Chicago: 1998.
5. Chandler R, Plano J. The public administration dictionary. 2a. Ed. California: ABC-Clío; 1988, p. 430.
6. Edwards G, Anderson P, Babor T, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N. Alcohol policy and the public good. Neww York, NY: Oxford Univesity Press; 1994.
7. Medina-Mora M, Robles R, Cortina D, Real T (eds.). Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2009.
8. Babor T, Rosenkrantz B. Public health, public morals and public order: Social science and liquor control in Massachusetts: 1880-1916. In: Barrow S, Room R (ed.). Drinking behavior and belief in modern history. Berkeley, CA: Univesrity of California Press; 1991, 265-86.
9. Robles R, Cortina D, Real T, Leyva V, García-Téllez I, Medina-Mora M. Políticas públicas para la prevención y control del abuso de alcohol. En: Medina-Mora M, Robles R, Cortina D y Real T (eds.). Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2009.
10. Paulson R. Women's suffrage and prohibition: A comparative study of equality and social control. Glenview, IL: Scott, Foresman and Company. 1973.
11. Underage Drinking and Access to Alcohol Consumption. National Institute on Alcohol and Alcohol Abuse's Alcohol Policy Information System. [acceso 15 Agosto 2012]. Disponible en: http://www.alcoholpolicy.niaaa.nih.gov/Underage_Possession_Consumption_Internal_Possession_of_Alcohol.html
12. National minimum drinking age.- Withholding of funds for noncompliance.-TITLE 23-United States Code Section 159. 2000
13. Medina-Mora M, Fliez C. La salud mental y las adicciones, retos, barreras y perspectivas. Cuadernos de Nutrición 2003; 26(2): 63-76.

14. Machín J, del Bosque J. Situación actual del tratamiento en México en Modelo Eco2. México: Hogar Integral de Juventud; 2005.
15. Viesca C. Bosquejo histórico de las adicciones. En: Tapia-Conyer. Las adicciones dimensión, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno; 1994, p. 1-24.
16. Sánchez, L. La política de alcohol en México. Visión Joven. México: Espolea; 2012.
17. El maguey "árbol de las maravillas". México: Gobierno del Estado de Hidalgo, Museo Nacional de Culturas Populares; 1998.
18. Del Castillo VJM. Colección de leyes, supremas órdenes, bandos, disposiciones de policía y reglamentos municipales de administración del Distrito Federal. 2da. Ed. México: Impreso por Castillo, Velasco e Hijos; 1874.
19. Encuesta Nacional de Adicciones. Consejo Nacional Contra las Adicciones. México: Secretaría de Salud; 2008.
20. Medina-Mora M, Borges G, Villatoro J. "The measurement of drinking patterns and consequences in México". *Journal of Substance Abuse* 2000; 12(1-2): 183-96.
21. Casanova L, Borges G, Mondragón L, Medina-Mora M, Cherpitel C. El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. *Salud Mental* 2001; 24(5): 3-11.
22. Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, publicado en el D.O.F. del 13 de abril de 2004.
23. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, publicado en el D.O.F. del 9 de agosto de 1999.
24. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Publicidad, publicado en el D.O.F. del 04 de mayo de 2000.
25. Programa Nacional de Alcoholimetría, Secretariado Técnico Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. México, 2010. Disponible en: www.cenapra.gob.mx
26. Programa conduce sin alcohol: Alcoholímetro. Secretaría de Seguridad Pública de Distrito Federal. [acceso 15 Agosto 2012]. Disponible en: <http://www.ssp.df.gob.mx/PartCiudadana/Pages/Alcoholimetro.aspx>
27. Reglamento Interior de la Secretaría de Economía, publicado en el D.O.F. del 22 de noviembre del 2002.
28. Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, publicado en el D.O.F. del 16 de septiembre de 1996.
29. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2012. Comisión Nacional de Protección Social de Salud. Seguro Popular; 2010.
30. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Alcohol, Febrero 2011 [acceso 15 Agosto 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>
31. Medina-Mora M, García-Tellez I, Cortina D, Orozco R, Robles R, Vázquez-Pérez L, Real T, Chisholm D. Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Mental*, 33,p 373-378,2010.

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



III.

Accidentes asociados al consumo de alcohol en jóvenes

Dr. Arturo Cervantes Trejo,* Rodrigo Rosas,** Delia Ruelas**

* Director General de Promoción de la Salud. Secretaría de Salud.

** Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, Secretaría de Salud.

ANTECEDENTES

El término *juventud* se puede definir de distintas maneras. Para fines de este capítulo se entenderá a *jóvenes* como las personas entre 10 y 24 años de edad y por *adolescentes* a las personas entre 10 y 19 años de edad.

En los últimos años se registra en todo el mundo y también en nuestro país una transición demográfica muy importante debido a que los niños superan los riesgos de las enfermedades más peligrosas de la infancia, por lo que se produce un aumento muy importante en el grupo de edad correspondiente a los jóvenes.

A nivel mundial la cohorte de jóvenes es la más grande que haya existido, en el 2010 había 1,822 millones de jóvenes de edades comprendidas entre los 10 y 24 años de edad, esto corresponde a 25% de la población mundial, es decir, de cada cuatro habitantes en el mundo uno de ellos es un joven. Cuatro de cada cinco jóvenes viven en países poco desarrollados como México y, a su vez, constituyen hasta un tercio de la población de esos países.

Desafortunadamente cada año fallecen 2.6 millones de jóvenes y la mayoría de estas muertes debieron haber sido evitadas. Aproximadamente 97% de estas defunciones se producen en países de ingresos medios y bajos. Las tasas de mortalidad aumentan en forma pronunciada desde la adolescencia hasta los inicios de la etapa adulta, y las causas varían dependiendo de la región y el sexo. Durante los últimos 50 años, las tasas de mortalidad

entre los jóvenes se han reducido menos que en otros grupos de edad. Sin embargo, la mortalidad entre los jóvenes se ha reducido menos que en otros grupos de edad y, en algunos países de ingresos elevados, ha superado la mortalidad infantil.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de alcohol produce 3.2% de las defunciones al año en el mundo. "El consumo de alcohol contribuye de manera significativa a la ocurrencia de daños físicos, sociales y mentales en los habitantes de Latinoamérica y el Caribe."¹ El alcohol suele ser un factor importante de causa de muerte y lesiones.

Cada año fallecen 2.5 millones de personas por causas relacionadas con el alcohol de las cuales 320 mil son jóvenes entre 15 y 29 años de edad. Esto representa entre 3 y 8% de todas las muertes en el mundo y es la primera causa de muertes prematuras.

El alcohol ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y de discapacidad en el mundo, para personas de entre 15 y 59 años de edad el consumo de alcohol es la causa número uno de muerte prematura.

Además la ingesta de alcohol es un "factor de riesgo de muchos otros problemas graves, tales como traumatismos, ahogo por inmersión, quemaduras, delitos contra la propiedad, relaciones sexuales de alto riesgo, síndrome alcohólico fetal, intoxicación alcohólica y necesidad de tratamiento por abuso y dependencia etílica."² Cabe señalar que

hay poca disponibilidad de información en este tema en la región relacionada con la eficacia de las estrategias para prevenir o reducir la violencia juvenil relacionada con el alcohol.

En América Latina la industria del alcohol ha encontrado un mercado en la población joven y en grupos como el de las mujeres ocurre el mayor consumo de alcohol entre los países en vía de desarrollo; en estos países el consumo de alcohol guarda una tendencia creciente, contrariamente a la observada en países desarrollados en donde el consumo de alcohol está disminuyendo.

LOS JÓVENES Y EL RIESGO EN SALUD

Uno de los principales fenómenos que se relacionan con la salud de los jóvenes es el consumo de alcohol, ya que sus consecuencias tienen un impacto tanto en el ámbito de salud, así como en el ámbito social. El consumo se relaciona con el desarrollo de distintas enfermedades, con la violencia, el maltrato, los conflictos familiares y escolares, hechos de tránsito, laborales y domésticos.

El consumo de alcohol es el factor que más contribuye a los riesgos en salud que se enfrentan los jóvenes. El consumo de alcohol comienza a una edad temprana: en los países de ingresos bajos y medianos 14% de las mujeres adolescentes y 18% de los hombres adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y 15 años de edad consumen alcohol.

Es fundamental hacer la pregunta ¿por qué los jóvenes consumen alcohol? Lo que se explicaría a causa de diversas causas: predisposición genética, estrés, como desafío a la autoridad, curiosidad, aceptación de un grupo, suprimir o liberar sentimientos, aburrimiento, alterar el estado de conciencia, etc. Lo que se resumiría en los llamados factores de riesgo ya sean de tipo individual, familiar, escolar o social. El consumo de alcohol se relaciona con el entorno sociocultural donde residen los individuos, por las prácticas de consumo familiar, así como por las actitudes, creencias y la percepción de normas de consumo que el individuo identifica o interpreta en su relación con amigos, compañeros y familiares.

Por otra parte, el consumo de alcohol es un estilo de vida que tiene efectos en la salud física y mental, así como en la vida social del individuo. Las consecuencias dependen de la cantidad y frecuencia con que se consume. El alcohol es una sustancia química, no necesaria para el organismo, sin embargo, cuando se tienen patrones de consumo reiterado se llega a la adicción.

La mayoría de los jóvenes carecen de la información necesaria, o si la tienen existe una tendencia de creer que las consecuencias del consumo de alcohol no son graves, al contrario, tienen la creencia de que contribuye en fortalecer sus relaciones sociales e incluso un instrumento que puede dar una cohesión entre el grupo de iguales, es el elemento básico para la diversión.

Entre los elementos que identifica la etapa de la juventud encontramos el descubrir la identidad y la búsqueda de estabilidad social, para las personas el alcohol resulta atractivo como medio para satisfacer su difícil proceso de estabilidad emocional y social. Es importante señalar que el consumo de alcohol entre los jóvenes es una especie de rito para ser parte de un grupo, del cual no se pueden escapar.

La juventud es una etapa muy excitante en la vida de cualquier persona, es un momento idóneo para descubrir amistades, valores, nuevas experiencias e incluso para experimentar hasta llegar en ocasiones a situaciones límite. Dentro de las experimentaciones podemos incluir los primeros contactos con distintos tipos de sustancias y entre ellas cabe destacar el tabaco y, sobre todo, las bebidas alcohólicas.

EL ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Con base en estos antecedentes y considerando que el alcohol es uno de los principales factores de riesgo los *traumatismos no intencionales y actos de violencia* son los factores que más afectan a los jóvenes, más que cualquier otra categoría específica de la edad, y suponen 8.9% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad en este grupo. Cada día mueren mil jóvenes por traumatismos causados por los accidentes de tránsito. Otras de las principales causas de fallecimiento son el homicidio (12% de las muertes) y el suicidio (6% de las defunciones).

El alcohol también es una droga que causa muchos efectos tóxicos y otros peligros, como la intoxicación y la dependencia. Los efectos inmediatos del alcohol sobre el cerebro son depresivos o estimulantes dependiendo de la cantidad consumida. En cualquiera de los casos, el alcohol provoca un menoscabo de las facultades que incrementan las probabilidades de sufrir un accidente, ya que perjudica la capacidad de discernimiento, torna los reflejos más lentos y reduce la atención y la agudeza visual. En el aspecto fisiológico, el alcohol disminuye la presión arterial y deprime la conciencia y la respiración. También tiene propiedades analgésicas y anestésicas generales.

Si bien con niveles relativamente bajos de concentración de alcohol en sangre puede haber un deterioro del discernimiento y un aumento en el riesgo de sufrir un accidente, los efectos se vuelven progresivamente más acentuados a medida que aumenta la alcoholemia. No solo se alteran el discernimiento y los reflejos sino que también empobrece la visión. Además de su efecto directo sobre las consecuencias del accidente, se piensa que el alcohol también afecta otros aspectos de la seguridad del conductor, como el uso del cinturón de seguridad y de casco y la elección de la velocidad. El consumo de alcohol, por su tendencia a reducir las inhibiciones, a menudo se asocia con el consumo de otras sustancias que pueden afectar al desempeño de los conductores.

El menoscabo de las facultades provocado por el consumo de alcohol aumenta considerablemente el

riesgo de sufrir un accidente, tanto para los conductores de vehículos motorizados y los motociclistas como para los peatones, y habitualmente ese consumo es señalado como uno de los factores más importantes que contribuyen a los accidentes de tránsito en los países con un gran número de vehículos, como México.

Los conductores que han bebido están expuestos a un riesgo de verse envueltos en accidentes mucho mayor que el que corren los conductores que no ha consumido bebidas alcohólicas, y ese riesgo se incrementa con rapidez al aumentar la concentración de alcohol en la sangre. Entre los motociclistas, se ha calculado que un nivel de alcohol superior a 0.05 g/100 mL aumenta hasta 40 veces el riesgo de sufrir un accidente, en comparación con una alcoholemia equivalente a cero (*Cuadro I*).

No obstante, el alcohol también tiene importantes efectos en la etapa posterior al incidente, los cuales deben ser tenidos en cuenta. La intoxicación por alcohol dificulta el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, ya que los efectos del alcohol pueden ser semejantes a los síntomas de un traumatismo craneal y predispone al paciente a sufrir traumatismos más graves.

Los usuarios de la vía pública que son ya sea “infractores” reincidentes o “infractores” por primera vez que presenta una concentración de alcohol muy elevada constituyen los grupos de mayor riesgo respecto de la conducción bajo los efectos del alcohol.

Los conductores más propensos a consumir bebidas se caracterizan por:

- a) Sexo masculino.
- b) Tener entre 18 y 24 años de edad.
- c) Pertenecer a un estrato socioeconómico bajo.
- d) Ser solteros o divorciados.
- e) Ser trabajadores manuales u obreros.
- f) Tener escasa instrucción escolar y educación.
- g) Tener poca autoestima.

Los conductores de vehículos motorizados y los motociclistas que tienen una concentración de alcohol en la sangre superior a cero están expuestos a un mayor riesgo de sufrir un accidente que aquellos con una concentración equivalente a cero. En la población en general de conductores, cuando la concentración sobre pasa cero el riesgo de sufrir un accidente comienza a aumentar considerablemente con una concentración de 0.04 g/100 mL.

Los jóvenes que conducen con una concentración de 0.05 g/100 mL están expuestos a un riesgo 2.5 veces mayor de sufrir un accidente. El grupo de jóvenes entre 20 y 29 años de edad corren un riesgo tres veces superior al de los conductores de 30 o más años de edad en todos los niveles de alcohol.

Los conductores adolescentes tienen un riesgo de sufrir un accidente mortal cinco veces superior al de los conductores de 30 o más años de edad bajo cualquier nivel de concentración de alcohol.

Cuadro I. Concentración de alcohol en sangre y el efecto en el organismo.

CAS (g/100 mL)	Efecto en el organismo
0.01-0.05	Aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria. Disminución de diversas funciones cerebrales centrales. Comportamiento incoherente al ejecutar tareas. Disminución del discernimiento y pérdida de inhibiciones. Sensación moderada de exaltación, relajación y placer.
0.06-0.10	Sedación fisiológica de casi todos los sistemas. Disminución de la atención y el estado de alerta, reflejos más lentos, deterioro de la coordinación y disminución de la fuerza muscular. Reducción de la capacidad de tomar decisiones racionales o de ejercer discernimiento. Aumento de la ansiedad y la depresión. Disminución de la paciencia. Reflejos considerablemente más lentos.
0.11-0.15	Deterioro del equilibrio y del movimiento. Deterioro de algunas funciones visuales. Articulación confusa de las palabras. Vómitos, especialmente cuando se alcanza con rapidez este nivel de alcoholemia.
0.16-0.29	Grave deterioro sensorial, incluida la disminución de la percepción de estímulos externos. Grave deterioro motor, por ejemplo, tambaleos o caídas frecuentes. Estado de estupor, falta de respuesta.
0.30-0.39	Pérdida de conciencia. Anestesia comparable a la de una intervención quirúrgica. Muerte (en muchos casos). Inconsciencia.
0.40 y superiores	Cese de la respiración. Muerte, por lo general causada por insuficiencia respiratoria.

CAS: Concentración de alcohol en sangre por cada 100 mililitros.

Los conductores adolescentes con una concentración de 0.03 g/100 mL que llevaban dos o más pasajeros tienen un riesgo de sufrir un accidente 34 veces mayor que el de los conductores de 30 o más años que no han consumido alcohol y que circulaban con un solo pasajero.

En el mismo sentido, los conductores de vehículos motorizados que consumen bebidas alcohólicas ponen en peligro la vida de los peatones y motociclistas.

EL IMPACTO DE LOS ACCIDENTES RELACIONADOS CON ALCOHOL Y LOS JÓVENES

Con base en la ENA, en México 27 millones de mexicanos de entre 12 y 65 años de edad consumen alcohol de manera regular. Por ello, nuestro país se ha ubicado entre las naciones con mayor nivel de consumo nocivo de alcohol, y, por ende, de daños a la salud y a la integridad de las personas y familias. Siguiendo con los datos arrojados por la Encuesta Nacional existe una clara evidencia sobre el incremento sustancial del consumo de alcohol por parte de los adolescentes, jóvenes y además un claro aumento en éste patrón por parte del género femenino. Sin embargo el consumo de ingesta de alcohol no es homogéneo, dicho consumo se concentra en personas de entre los 12 y 65 años y son alrededor de 27 millones de personas de ambos sexos.

A nivel nacional, con base en datos oficiales, los accidentes de tránsito son la primera causa de

muerte entre niños de entre cinco y 14 años y son la segunda causa general de muerte entre jóvenes entre los 15 a 29 años de edad. Cada año más de un millón de consultas médicas se deben a accidentes de tránsito y genera más de 270 mil días de estancia intra hospitalaria (*Cuadro II*).

El consumo de alcohol y su asociación con el exceso de velocidad y, en muchos casos, con el uso de distractores, son la causante de alrededor de 60% de los accidentes viales en México.

Desafortunadamente cada año más de 5 mil jóvenes pierden la vida a consecuencia de un accidente de tránsito que no sólo pudieron haber sido evitados, sino que en realidad no debieron haber sucedido (*Figura 1*).

Con base en encuestas realizadas en 25 municipios del país, se estima que por las noches de los fines de semana 13% de todos los conductores tienen algún nivel de alcohol en sangre. Por ello, a pesar de un subregistro importante de los datos, en México 7.7% de los accidentes en zonas urbanas presentaron aliento alcohólico (*Figura 2*).

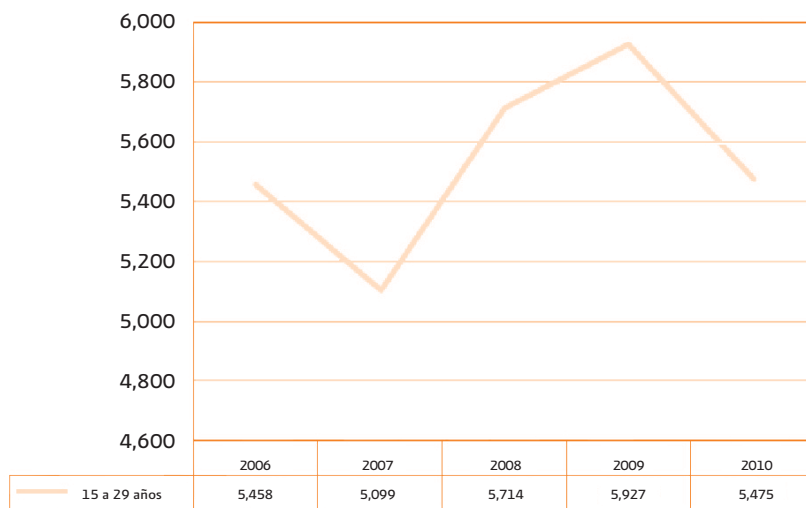
En el 2008, de acuerdo con los Servicio Médico Forense (SEMEFO), se registraron en la Ciudad de México 1,230 muertes por accidentes de tráfico, de las cuales 533 (43%) se relacionaron con el consumo de alcohol.

Los adolescentes tienen un riesgo cinco veces mayor que los conductores mayores de 30 años, el riesgo es el triple para todos los niveles de alcoholemia. Cada año el tratamiento de los efectos

Cuadro II. Principales causas de muerte en México, 2010.

De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 29 años	De 30 a 34 años
Siniestros de vehículo de motor (tránsito) 350	Siniestros de vehículo de motor (tránsito) 442	Agresiones (homicidios) 2,234	Agresiones (homicidios) 3,812	Agresiones (homicidios) 4,125	Agresiones (homicidios) 4,052
Leucemia 301	Leucemia 280	Siniestros de vehículo de motor (tránsito) 1,655	Siniestros de vehículo de motor (tránsito) 2,010	Siniestros de vehículo de motor (tránsito) 1,799	Siniestros de vehículo de motor (tránsito) 1,559
Infecciones respiratorias agudas bajas 113	Agresiones (homicidios) 194	Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) 685	Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) 761	VIH/SIDA 656	VIH/SIDA 806
Malformaciones congénitas del corazón 113	Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) 187	Nefritis y nefrosis intencionalmente 367	Nefritis y nefrosis 385	Lesiones auto infligidas 608	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 790
Ahogamiento y sumersión accidentes 108	Ahogamiento y sumersión accidentes 150	Ahogamiento y sumersión accidentes 346	VIH/SIDA 301	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 351	Enfermedades isquémicas del corazón 537
Desnutrición calórico proteica 78	Malformaciones congénitas del corazón 99	Leucemia 345	Ahogamiento y sumersión accidentales 259	Enfermedades isquémicas del corazón 345	Diabetes mellitus 528
Agresiones (homicidios) 65	Nefritis y nefrosis 95	Enfermedades isquémicas del corazón 111	Leucemia 235	Nefritis y nefrosis 292	Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) 528
Enfermedades infecciosas intestinales 54	Infecciones respiratorias agudas bajas 67	Enfermedad cerebrovascular 108	Enfermedades isquémicas del corazón 227	Diabetes mellitus 280	Infecciones respiratorias agudas bajas 321
Anemia 51	Desnutrición calórico proteica 66	Infecciones respiratorias agudas bajas 107	Infecciones respiratorias agudas bajas 195	Infecciones respiratorias agudas bajas 252	Nefritis y nefrosis 288
Epilepsia 49	Enfermedad cerebrovascular 58	Malformaciones congénitas del corazón 97	Diabetes mellitus 184	Ahogamiento y sumersión accidentales 211	Enfermedad cerebrovascular 232

Fuente INEGI, 2010.



Fuente. INEGI, 2010.

Figura 1. Defunciones en jóvenes entre 15 y 29 años por accidentes de tránsito, 2010.

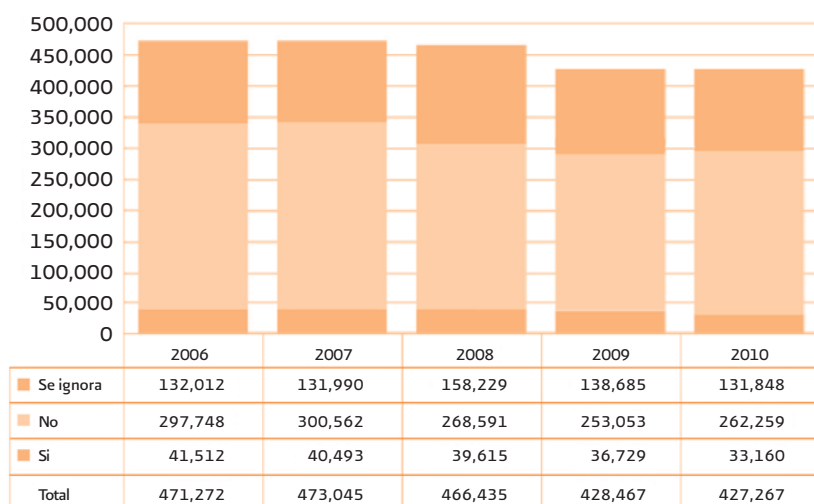


Figura 2. Accidentes y aliento alcohólico en México, 2010.

del consumo nocivo del alcohol tiene un costo para el sector salud de cerca de 12 millones de pesos.

La mayoría de las lesiones de causa externa están estrechamente relacionadas con el uso de alcohol, las muertes por accidentes de tránsito son la novena causa de muerte general en nuestro país, las lesiones intencionales son la quinta causa de muerte y peor aún, la cirrosis y las enfermedades del hígado son la cuarta causa general de muerte. Estas enfermedades y lesiones significan la vida de más de 70 mil personas cada año. Una tercera parte de estas muertes son jóvenes entre 15 y 29 años de edad.

En México existen más de 860 mil personas que padecen algún tipo de discapacidad a consecuencia de un accidente.

En el país el patrón de consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes es frecuentemente durante el fin de semana y en días festivos, suelen beber en la calle, en lugares de diversión y junto con sus compañeros de grupo fuera del ámbito del hogar. Es importante destacar que en México la disponibilidad de esta droga en niños y jóvenes esta muy cerca del entorno familiar, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA):

“...se encontró que una proporción importante notificó problemas de consumo de alcohol en el padre (22%), y de consumo de drogas en el mejor amigo (12.9%) y en algún miembro de la familia (6.5%); dos de cada 100 notificaron sobre un problema de consumo de alcohol en la madre.

El consumo en la familia y en el entorno inmediato, particularmente de alcohol, dada su frecuencia, constituye un factor de riesgo importante, para la oportunidad de usar y para el uso.”³

Hay que agregar que existen lugares en que expende bebidas alcohólicas en donde regularmente se realizan promociones como el de dos por uno, las mujeres no pagan, *no cover*, barra libre, etc., lo que facilita el acceso al consumo del alcohol.

De acuerdo con la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol “Las opciones de política y las intervenciones aplicables a nivel nacional se han agrupado en 10 esferas de acción recomendadas, que se apoyan y complementan entre sí, a saber:

- a) Liderazgo, concienciación y compromiso.
- b) Respuesta de los servicios de salud.
- c) Acción comunitaria.
- d) Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol.
- e) Disponibilidad de alcohol.
- f) Marketing de las bebidas alcohólicas.
- g) Políticas de precios.
- h) Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica.
- i) Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal.
- j) Seguimiento y vigilancia.”⁴

En México se han realizado muchos esfuerzos para abatir este problema entre los que se encuentra el Programa Nacional de Alcoholimetría (*Cuadro III*)

Cuadro III. El Programa Nacional de Alcoholimetría.

La Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes ha impulsado y fortalecido una política pública de alcance nacional enfocada a disminuir la ocurrencia y gravedad de las lesiones como consecuencia de los accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol. La conformación de dicha política incluye la creación de mecanismos para la vigilancia y aplicación de la normatividad en cuanto la venta de alcohol a menores de edad, venta de bebidas adulteradas, horarios y establecimientos en los que se expenden bebidas alcohólicas, así como la adecuación del marco legal para la realización de operativos aleatorios de alcoholimetría. Se ha implementado este Programa Nacional en 132 municipios prioritarios desde el año 2009 adquiriendo equipo e insumos que requieren las áreas de seguridad pública y tránsito para la realización de los operativos. Se ha dotado con más de 450 equipos, así como la asesoría y capacitación. Los datos muestran resultados exitosos con una disminución del número de accidentes con aliento alcohólico en 9.7% menos en el año 2010 en comparación con el 2009.

y múltiples esfuerzos subnacionales que van desde campañas masivas de sensibilización, cambios normativos y programas locales de control de alcohol en conductores.

LAS RECOMENDACIONES PARA LOS JÓVENES EN CUANTO A LA CONDUCCIÓN BAJO LA INFLUENCIA DE ALCOHOL

Es muy sencillo evitar las lesiones a consecuencia de un accidente de tránsito simplemente, mediante el uso del sentido común es posible salvar la vida propia y la de los demás.

- a) No se trata de no ingerir bebidas alcohólicas, sino de evitar conducir cualquier tipo de vehículo, esto incluye bicicletas o cualquier otro medio de transporte no motorizado. Es suficiente una copa o medida para que exista un detrimento en la capacidad para conducir.
- b) Utiliza los sistemas de transportes seguros en caso de haber consumido alcohol con el objeto de llegar seguro a casa después de una reunión, fiesta o haber acudido a un centro de diversión.
- c) Si vas a consumir alcohol procura acompañarlas con alimentos y a una velocidad no mayor de una copa por hora. Es muy recomendable evitar el exceso ya que puede traer como consecuencias también enfermedades y mayor riesgo de otro tipo de accidentes y de violencia.
- d) Se ha demostrado que los conductores designados no ofrecen protección, por lo que prefiere utilizar siempre el transporte público seguro.

- e) Evita a toda costa viajar en un automóvil donde el conductor o alguno de sus acompañantes viaje bajo la influencia de alcohol, el riesgo de sufrir accidentes es muy alto.
- f) Si eres peatón circula siempre por lugares seguros como las banquetas y cruzar las vialidades con extrema precaución.
- g) Independientemente de evitar circular bajo la influencia de alcohol invariablemente hay que portar el cinturón de seguridad, casco de seguridad, circular a velocidades adecuadas y evitar el uso de distractores mientras se conduce.

Estas sencillas recomendaciones definitivamente pueden ser la diferencia entre la vida y la muerte o evitar enfermedades y discapacidades temporales y permanentes.

CONCLUSIONES

La mitad de los percances automovilísticos se relaciona con el consumo de alcohol, principalmente entre jóvenes. De acuerdo con datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, la quinta parte de las personas que fallecieron de manera súbita o violenta en México durante el 2009, se encontraban bajo la influencia de alcohol (18%); casi todos eran hombres (92%), a quienes hirieron con de fuego (25%) o asfixiaron (12%); por otro lado, 21% murió en un accidente de tránsito.

El consumo de alcohol también se asocia con dificultades frecuentes con la familia, problemas laborales y pérdida de empleo, peleas, problemas con

la policía y detención de personas bajo la influencia de alcohol.

Los accidentes de tránsito son una de las cinco principales causas de pérdida de años vida saludable, con base en datos del Instituto Nacional de Salud Pública (2010) se estima que son 921,576 años de vida perdidos. Alrededor de 1,026,779 personas sufren lesiones en accidentes de tránsito y se requieren 272,929 días de estancia intrahospitalaria. De 2000 a 2010 el número de discapacitados por accidentes se ha triplicado.

La conducción bajo la influencia de alcohol es un importante problema de seguridad vial y su magnitud muchas veces no es cabalmente percibida sobre todo por su grave afectación a la población joven.

Aun en cantidades muy pequeñas, el alcohol altera el funcionamiento de varios procesos necesarios para transitar sin riesgos por la vía pública, como la visión y las habilidades motrices.

El menoscabo de las facultades causado por el alcohol aumenta las probabilidades de que todos los grupos de usuarios de la vía pública, conductores de vehículos motorizados, motociclistas y peatones, se vean involucrados en un accidente.

El consumo de alcohol es una de las enfermedades con mayor rezago en su atención, sin embargo es también una enfermedad prevenible y con-

trolable para la cual ya existen estrategias eficientes.

Es por ello que resulta fundamental que se destinen más recursos para la investigación sobre el impacto que tiene el uso de alcohol a nivel personal, familiar y social, en el ámbito local y nacional, fortalecer las leyes existentes y contar con una política pública que incluya la creación de mecanismos para la vigilancia y aplicación de la normatividad en cuanto a venta de alcohol a menores de edad, venta de bebidas adulteradas, horarios y establecimientos en los que se expenden bebidas alcohólicas, así como la adecuación del marco legal para la realización de operativos de alcoholimetría.

REFERENCIAS

1. Ramírez A, Ruge C, Instituto del Pacífico para la Investigación y la Evaluación (PIRE). Políticas para la reducción de la violencia relacionada con el alcohol en los jóvenes: Un enfoque ambiental. Washington D.C., Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud; 2008, p. 11.
2. Ibídem. pág. 9.
3. Oropeza C. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México, D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública; 2008, p. 44.
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Italia: Organización Mundial de la Salud; 2010, p. 11.

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



IV.

Estrategias publicitarias de la industria alcoholera

Dr. José Luis Vázquez Martínez,* Dr. Mario Alberto Citalán Ángel,** Dr. Ricardo Delgado Sánchez**

* Médico Adictólogo. Especialista en reducción de la Demanda, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas-Organización de los Estados Americanos.

** Médico Cirujano. Comisión Nacional Contra las Adicciones.

Las bebidas alcohólicas forman parte de la historia de la humanidad. En la antigüedad se producían de manera artesanal, su consumo estaba limitado geográficamente y asociado a contextos específicos como el religioso. No se cuenta con registros precisos sobre cuánto bebía la población del mundo antiguo, pero considerando la tecnología con la que se contaba y los métodos de fabricación, seguramente no había grandes volúmenes.

Con el advenimiento de la revolución industrial se desarrollaron métodos de producción a gran escala. El consumo, y en consecuencia la comercialización, crecieron, lo que permitió mayor disponibilidad de bebidas alcohólicas. Con el tiempo, la industria alcoholera fue evolucionando y durante ese proceso ha aprovechado los conocimientos y la información generada por la Mercadotecnia, en especial los aportes de uno de sus principales componentes: la publicidad.

En la sociedad actual, las bebidas alcohólicas son un producto de consumo muy popular, con su producción y comercialización se obtienen ganancias crecientes.¹ Algunas compañías de gran tamaño dominan el mercado mundial del alcohol, lo que representa riesgos para la salud pública, ya que las utilidades que obtienen les generan importantes cantidades de recursos económicos que utilizan para incursionar en nuevos segmentos de ventas, desarrollar poderosas campañas publicitarias y de promoción, así como influir en las políticas públicas de control del alcohol.²

Estos elementos son utilizados por la industria para su beneficio, incluso a costa de la salud de la pobla-

ción. En este capítulo nos enfocaremos en las estrategias publicitarias de las bebidas alcohólicas y cómo influyen en los hábitos de consumo, la cultura y salud de la población, especialmente entre los jóvenes.

¿QUÉ ES LA PUBLICIDAD?

Kotler y Armstrong³ definen a la publicidad como *cualquier forma pagada de presentación y promoción no personal de ideas, bienes o servicios por un patrocinador identificado*. Es importante señalar que aunque algunas estrategias publicitarias parecen no representar costos adicionales (ejemplo: crear perfiles en redes sociales o abrir un blog), siempre hay algún costo que cubrir o insumos que deben utilizarse, los cuales deben considerarse como parte de los costos indirectos.

En otra visión más amplia, Treviño⁴ refiere que la publicidad es el *método técnico que sirve para dar a conocer algo (por un patrocinador habitualmente identificado), ya sea un concepto, una idea, una proposición de compra o simplemente una recordación, a través de medios de comunicación (directos y/o masivos), en un periodo determinado que persigue un fin meramente comercial. Incluye también los esfuerzos de punto de venta. El objetivo de la publicidad es vender algo, ya sea un producto, un servicio o una idea. La intención puede ser provocar una venta inmediata o en el futuro. La publicidad debe ser un modelo de comunicación eficaz, intentando confirmar o bien modificar las actividades y el comportamiento del receptor del mensaje*.

Considerando lo expuesto por estos autores, la comercialización de las bebidas alcohólicas se apoya en buena medida en estrategias publicitarias, las cuales buscan que las personas vinculen el consumo de alcohol con deseos y aspiraciones universales, tales como éxito social y económico, satisfacción sexual y otros. Para lograr esto, en los anuncios se explotan los estereotipos sociales de belleza, erotismo, estatus socio-económico y especialmente la juventud.⁵

Las aplicaciones para publicitar bebidas alcohólicas han evolucionado vertiginosamente, especialmente gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías y los canales de transmisión de información y contacto que van abriendo.

Definitivamente, la publicidad de las bebidas alcohólicas trae muchos beneficios a la industria alcoholera. Es por eso que se le destinan fuertes sumas de dinero. Durante el 2004, nueve de las más importantes marcas de bebidas alcohólicas gastaron 2.5 billones de euros en publicidad por medios tradicionales como televisión, radio y medios impresos. Si también se considera la inversión publicitaria en medios no tradicionales como internet, en realidad esta cifra representa alrededor de un tercio del total del costo de la publicidad para estas empresas.⁶

Para optimizar las ganancias, el mercado de las bebidas alcohólicas se dirige a grupos específicos. En los Estados Unidos, entre los años 2003 y 2004, 10 marcas de bebidas alcohólicas gastaron cerca de \$160 millones de dólares para anunciarse en la televisión en español.⁷ Esto se asocia con la creciente popularidad que han obtenido las cadenas televisio-

ras en español en los Estados Unidos, particularmente en la categoría clave de 18 a 49 años de edad, en el horario de mayor audiencia.

Por la importancia del impacto que tiene la publicidad del alcohol en incrementar el consumo, especialmente en los jóvenes, las estrategias integrales para reducir el Uso Nocivo de Alcohol proponen limitarla.^{8,9}

La industria alcoholera debe considerar que aunque comercia con un producto legal, su consumo por menores de edad es ilegal. Los niños y adolescentes son más vulnerables a los efectos del alcohol. En comparación con los adultos, no tienen la misma capacidad biológica para metabolizarlo y su consumo produce alteraciones potencialmente irreversibles en los procesos de desarrollo y maduración, como en el caso del sistema nervioso central.¹⁰⁻¹² En ese periodo también se desarrollan competencias sociales y académicas que son esenciales para llegar a ser un adulto exitoso.¹³

De manera adicional, la información estadística muestra que el consumo de alcohol durante la adolescencia facilita que las personas experimenten posteriormente con otras drogas. En la población mexicana, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 reporta que del total de quienes bebieron alcohol antes de los 18 años, 15.8% experimentaron con otras drogas, en comparación con quienes comenzaron a beber entre los 18 y los 25 años, donde solamente 4.7% experimentaron. En quienes empezaron a beber después de los 26 años,

la proporción es de 1.2%. Estos datos muestran claramente cómo el inicio del consumo de bebidas alcohólicas a edades más tempranas favorece el consumo de otras sustancias.

Se ha demostrado que en los jóvenes existe una relación entre la exposición a representaciones de consumo de alcohol en los medios de comunicación (publicidad) y el desarrollo de actitudes positivas hacia el consumo. Además, la publicidad incrementa: la posibilidad de que los jóvenes comiencen a beber, la cantidad de alcohol que beben y la cantidad bebida por ocasión de consumo.¹⁴

La industria alcoholera ha aprendido de los modelos aplicados por la industria tabacalera, ya que busca incrementar sus ventas al incorporar segmentos de mercado que anteriormente no habían sido tan explotados como los jóvenes y las mujeres.¹⁵

La exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas está asociada con la intensidad del consumo, especialmente en jóvenes.¹⁶ En un estudio del año 2011, Roberta Faria y su equipo de investigadores analizaron la asociación entre la publicidad del alcohol y el consumo de cerveza entre adolescentes en Brasil.¹⁶ Los resultados muestran que el consumo de cerveza en los adolescentes durante los últimos 30 días se asocia con la exposición a la publicidad, principalmente en cuatro aspectos:

- Prestar atención a los comerciales de bebidas alcohólicas (OR = 1.563, $p = 0.028$).

- Considerar que las fiestas a las que se asiste son parecidas a las de los comerciales (OR = 1.712, $p = 0.009$).
- Creer que los comerciales de bebidas alcohólicas dicen la verdad (OR = 2.122, $p = 0.000$).
- Tener una marca favorita de bebidas alcohólicas (OR = 5.150, $p = 0.000$).

Llama la atención que este último aspecto es el que mostró mayor nivel de asociación, ya que de acuerdo con la ley de Brasil, los adolescentes no deberían estar expuestos a la publicidad de bebidas alcohólicas.

De manera similar, un estudio en población estudiantil de Nueva Inglaterra mostró que poseer un elemento promocional de alguna marca de bebidas alcohólicas (como una playera) incrementó la probabilidad de comenzar a consumir.¹⁹

Una revisión sistemática de siete estudios de cohorte, con información de 13,000 participantes, encontró evidencia de asociación entre la exposición a la publicidad y marketing de bebidas alcohólicas y el posterior consumo de las mismas.²⁰ Aunque existen diferencias en la calidad metodológica y la fuerza de la asociación encontrada, sobresale que tres de los siete estudios mostraron que el inicio del consumo en adolescentes que no bebían se asoció en forma significativa con la exposición a la publicidad.

La exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas es diferente de acuerdo con la edad y sexo de

la persona, así como el medio de comunicación que se utiliza para hacer la publicidad. Un estudio realizado en los Estados Unidos,²¹ evaluó la exposición de tres grupos de edad (12 a 20 años, 21 a 34 años y 21 años o más) a los anuncios de bebidas alcohólicas en 103 revistas de circulación nacional de ese país, durante los años 2001 y 2002. Dentro de los principales hallazgos que los investigadores encontraron se encuentran:

- Las compañías alcohólicas gastaron 590.4 millones de dólares en 6,239 anuncios.
- La exposición a anuncios de bebidas “refrescantes” de bajo contenido alcohólico de las mujeres menores de 21 años creció 216% del 2001 al 2002, en comparación con el incremento registrado en los hombres de la misma edad y en el mismo periodo, que fue de 46%.

Esta información nos muestra las tendencias que la industria está manejando para posicionar sus productos en sectores específicos del mercado.

También hay investigaciones en población juvenil de Estados Unidos y Alemania que han demostrado que existe una asociación entre observar que se consume alcohol en las películas y el inicio temprano en el consumo del mismo.²²⁻²⁴

La publicidad como estrategia masiva alcanza a grandes cantidades de personas sin tomar en cuenta la vulnerabilidad de cada individuo. Existen con-

diciones de salud, como los trastornos mentales y del comportamiento, que representan un factor de riesgo adicional para el consumo. Se ha demostrado que los jóvenes de entre 14 y 17 años de edad, con trastornos por consumo de alcohol, presentan una respuesta cerebral más intensa a los estímulos visuales asociados al alcohol, en comparación con quienes no tienen dichos trastornos. La magnitud de la respuesta cerebral es mayor en los jóvenes que consumen más bebidas al mes y refieren un intenso deseo de beber. Este fenómeno se presenta principalmente en las áreas cerebrales vinculadas a la recompensa, el deseo y el afecto positivo.²⁵ Con esta información podemos comprender mejor cómo los estímulos visuales de la publicidad de bebidas alcohólicas fomentan el consumo, especialmente entre los jóvenes con algún trastorno por consumo de bebidas alcohólicas.

En un estudio²⁶ longitudinal realizado a nivel nacional en los Estados Unidos, se encontró que el monto invertido en publicidad, la exposición a los medios en el ambiente y el recordar los anuncios, se relacionaron con un mayor consumo de alcohol entre los jóvenes. Cabe mencionar la importancia de haber encontrado efectos similares de la publicidad tanto en los menores de 21 años de edad, como en los jóvenes de todo el rango de edad (15 a 26 años), ya que en muchas ocasiones, las políticas públicas se enfocan principalmente en los menores de edad y dejan de lado a los jóvenes de otras edades que también son vulnerables.

REGULACIÓN DE LA PUBLICIDAD DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Situación actual en México

Hoy en día, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad (texto vigente, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2012) establece que la publicidad de las bebidas alcohólicas no debe dirigirse a menores de edad ni utilizar a personas que sean o parezcan menores de edad.

De acuerdo con el artículo 31 del citado Reglamento, cuando en el patrocinio se utilice la marca, logotipo o imagen de identificación de alguna bebida alcohólica, no se deberá relacionar con el producto con el deportista, artista o evento a patrocinar. En contraste a las disposiciones del Reglamento, en México son muy populares los eventos musicales y deportivos que se conocen con el nombre de bebidas alcohólicas de gran consumo como algunas cervezas. En este tipo de foros el público es mayoritariamente joven.

El incumplimiento de las disposiciones para el control de la publicidad de bebidas alcohólicas, contenidas en la Ley General de Salud, genera sanciones. Desafortunadamente, tanto en México como sucede en otros países, éstas no han desalentado a la industria en la utilización de estrategias publicitarias con impacto en los jóvenes. Un reporte europeo que evaluó el apego a las medidas de control de la publicidad de las bebidas alcohólicas concluye que en los países de la Comunidad Euro-

pea, las sanciones tienen bajo impacto. (STAP (2007). Alcohol marketing in Europe: strengthening regulation to protect young people. Utrecht: National Foundation for Alcohol Prevention.)

En el proceso de formulación de políticas de control de la publicidad deben tener en cuenta que a pesar de las limitaciones metodológicas actuales, estudios económicos recientes indican que la reducción/prohibición de la publicidad de bebidas alcohólicas podría disminuir su consumo, especialmente entre los jóvenes.²⁷

CONCLUSIONES

El principal objetivo de la industria alcoholera es incrementar las ventas de bebidas alcohólicas. Las políticas públicas de control del Uso Nocivo de Alcohol deben dirigirse en el sentido contrario: disminuir la cantidad de alcohol consumida o cuando menos la cantidad de alcohol disponible. Para alcanzar este objetivo deben aplicarse medidas de control efectivas, determinadas por la experiencia documentada a nivel nacional e internacional.

En varios países la publicidad de bebidas alcohólicas está regulada (de diferentes maneras), donde aún así existe una proporción de menores de edad que son impactados por las estrategias publicitarias de la industria alcoholera. Se cuenta con evidencia sólida que muestra que la exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas genera actitudes positivas frente al consumo y lo favorece entre los jóvenes, incluyendo a los menores de edad.

Se requieren mayores investigaciones, a largo plazo, en diferentes grupos de edad, que evalúen el impacto de la publicidad de las bebidas alcohólicas en los hábitos de consumo y la salud de la población.

REFERENCIAS

1. Market Indicator Report Oct 2011, International Markets Bureau.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). "El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas". 2a. Ed. Washington, DC, EEUU: 2010.
3. Kotler P, Armstrong G. Marketing. México: Pearson Educación; 2001.
4. Treviño R. Publicidad, Comunicación Integral en Marketing. México: McGraw Hill; 2001.
5. Noto AR, Baptista MC, Faria ST, Nappo SA, Galduróz JCF, Carlini EA. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. Cad Saúde Pública 2003; 19(1): 69-79.
6. Anderson P. The impact of Alcohol Advertising: ELSA project report on the evidence to strengthen regulation to protect young people. Utrecht: National Foundation for Alcohol Prevention. 2007.
7. Center on Alcohol Marketing and Youth, Exposure of Hispanic Youth to Alcohol Advertising, 2003-2004. Washington, DC: Center on Alcohol Marketing and Youth, 2005, p. 1-15.
8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol. Ginebra, Suiza: 2010.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS. Madrid, España: 2006.
10. Odgers CL, et al. Is It Important to Prevent Early Exposure to Drugs and Alcohol Among Adolescents? Psych Scienc 2008; 19(10): 1037-44.
11. Pascual M, Boix J, Felipe V, Guerri C. Repeated alcohol administration during adolescence causes changes in the mesolimbic dopaminergic and glutamatergic systems and promotes alcohol intake in the adult rat. J Neurochem 2009; 108: 920-31.
12. Acevedo MB, Molina JC, Nizhnikov ME, Spear NE, Pautassi RM. High Ethanol Dose During Early Adolescence Induces Locomotor Activation and Increases Subsequent Ethanol Intake During Late Adolescence. Dev Psychobiol 2010; 52: 424-40.
13. Masten A, Faden VB, Zucker RA, Spear LP. A Developmental Perspective on Underage Alcohol Use. Alcohol Research & Health 2009; 32(1): 3-15.
14. Anderson, P. Commercial Communications and Alcohol. Utrecht: National Foundation for Alcohol Prevention; 2007 http://www.stap.nl/content/bestanden/elsa_4_report_on_impact.pdf. Revisado en línea en mayo 2012
15. Alcohol marketing in Europe: strengthening regulation to protect young people. Utrecht: National Foundation for Alcohol Prevention. STAP; 2007.
16. Merino JC. El poder de las marcas. La Vanguardia; 2002, p. 18.
17. Gardfield CF, Chung PJ, Ratlur P. Alcohol advertising in magazines and adolescent readership. JAMA 2003; 289: 2424-9.
18. Faria R, Vendrame A, Silva R, Pinsky I. Association between alcohol advertising and beer drinking among adolescents. Rev Saúde Pública 2011; 45(3): 1-6.
19. McClure A, Cin S, Gibson J, et al. Ownership of alcohol-branded merchandise and initiation of teen drinking. Am J Prev Med 2006; 30(4): 277-83.

20. Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health* 2009; 9: 51.
21. Jernigan D, Ostroff J, Ross C, O'Hara JA III. Sex Differences in Adolescent Exposure to Alcohol Advertising in Magazines. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 629-34.
22. Sargent JD, Wills TA, Stoolmiller M, et al. Alcohol use in motion pictures and its relation with early-onset teen drinking. *J Stud Alcohol* 2006; 67: 54-65.
23. Hanewinkel R, Sargent JD. Longitudinal study of exposure to entertainment media and alcohol use among german adolescents. *Pediatrics* 2009; 123: 989-95.
24. Hanewinkel R, Tanski SE, Sargent JD. Exposure to alcohol use in motion pictures and teen drinking in Germany. *Int J Epidemiol* 2007; 36: 1068-977.
25. Tapert SF, Cheung EH, Brown GG, et al. Neural response to alcohol stimuli in adolescents with alcohol use disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 727-35.
26. Snyder LB, Fleming F, Slater M, Sun H, Strizhakova Y. Effects of Alcohol Advertising Exposure on Drinking Among Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160: 18-24.
27. Pinsky I, El Jundi SARJ. Alcohol advertising and alcohol consumption among youngsters: review of the international literature. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(4): 362-74.



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



V.

Estilos de crianza positiva para prevenir el consumo de alcohol en menores de edad

Dra. Silvia Morales Chainé*

* Directora de la Maestría en Psicología de las Adicciones, Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.

La atención y solución de los problemas de conducta infantil, ha sido una de los áreas de mayor interés en el campo de la salud y la prevención universal de las adicciones, no solamente por su incidencia en familias mexicanas, sino por la alta probabilidad de la progresión del comportamiento infantil hacia diversos escenarios como la escuela y la comunidad^{1,2} y hacia etapas posteriores del desarrollo como la adolescencia y la adultez.³⁻⁵

Entre 4 y 12% de la población mundial infantil, presenta problemática conductual⁶ y particularmente, en México 6.1% de la población ha presentado problemas de conducta alguna vez en su vida.⁷ Los problemas más frecuentes en niños entre los cuatro y siete años de edad son la conducta oposicionista o negativista, la desobediencia, la conducta agresiva y la hiperactividad. Se estima que el trastorno negativista desafiante afecta a entre 2 y 16% de la población infantil del mundo,⁸ mientras que en México 1.5% de la población infantil lo padece.

Con respecto al consumo de alcohol, en la Encuesta Nacional de Adicciones,⁹ se reportó que entre 7 y 11% de los adolescentes en México abusan del alcohol, consumiendo más de cuatro copas por ocasión en el caso de las mujeres y más de cinco, en el caso de los hombres. Acorde con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones,¹⁰ y el Sistema de Reporte de Información en Drogas,¹¹ en general, los adolescentes inician el consumo de sustancia entre los nueve y 11 años de edad. La mayoría de las adolescentes iniciaron su consumo con alcohol (54.6%), siendo ésta la dro-

ga legal de mayor impacto (alcohol: 46.5%), seguida por la cocaína y sus derivados.¹⁰ Por ello, la preocupación por detectar de manera temprana el consumo, pero particularmente por prevenir su inicio y su desarrollo a partir del comportamiento antisocial infantil, va en aumento.

Un punto de interés en el actual capítulo será aportar información sobre las prácticas basadas en la evidencia que permiten promover que las conductas disruptivas no se mantengan estables a través del tiempo, desde la edad preescolar hasta la adolescencia¹² previniendo que se propicie la aparición de otro tipo de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y drogas,¹³ deficientes habilidades de solución de problemas, dificultades académicas, violación de reglas, actos delictivos y trastornos de tipo psiquiátrico.¹⁴ Específicamente, comportamientos del orden oposicionista desafiante infantil, como los berrinches, el enojo o la desobediencia, pueden progresar y transformarse en comportamiento antisocial (pegar, escupir, culpar a otros), o característicos de la violación de normas sociales (romper reglas, escaparse, consumir drogas) y hasta de la violación de propiedad privada (robar, mentir y cometer actos delictivos en grupo).¹⁵

Clark y cols.³ señalaron que el comportamiento problemático infantil y el consumo de sustancias en la adolescencia comparten factores de riesgo que los predisponen. Ambos fenómenos de orden social son multifactoriales y la hipótesis contempla que el comportamiento problemático infantil y de consumo de sustancias se asocian a los mismos factores de riesgo a partir de los cua-

les debe planearse la prevención y el tratamiento efectivo.

Ayala y cols.¹ señalaron que los factores asociados con el comportamiento antisocial en la infancia pueden clasificarse en cuatro grupos:

1. Los relacionados con las características del niño (temperamento, irritabilidad, disposiciones genéticas, problemas neurológicos, la impulsividad y la baja capacidad intelectual).
2. Aquellos relacionados con las características de los padres (altos niveles de estrés, problemas de salud física, psicológica o emocionalidad negativa.¹⁶
3. Los que se refieren a la pobre interacción familiar y deficientes prácticas de crianza^{17,18} incluyendo la negligencia¹⁹ o la falta de monitoreo y supervisión.¹
4. Los involucrados con el contexto social (determinantes familiares, comunitarios, sociales o históricos).

Clark y cols., por su parte, subrayaron que dentro de los factores de riesgo asociados con el consumo de alcohol y otras drogas en los adolescentes se encuentran también las características de estos jóvenes, como los aspectos genéticos, la falta de control de su propia conducta y la impulsividad,^{20,21} así como los relacionados con la interacción familiar, como la carencia de habilidades de comunicación, la deficiente solución de problemas en familia²² y

los relacionados con el contexto social, como el ambiente familiar o las influencias ambientales.⁹

Entonces, pueden contemplarse dos premisas básicas a considerar para el desarrollo de procedimientos de prevención de conductas adictivas y atención en el ámbito de la crianza positiva. La primera parece indicar que la presencia y exceso conductual de ciertos comportamientos infantiles como los berrinches, la desobediencia o la agresión progresa generalizándose a diversos escenarios distintos al hogar como la escuela y la comunidad,¹ además de a lo largo del tiempo y a través de diversas etapas del desarrollo humano como la adolescencia y la adultez; transformándose en topografía, frecuencia, duración o intensidad, acorde a la etapa del desarrollo y contexto social.⁵ La transformación del comportamiento ocurre en dos dimensiones: la dimensión de conducta abierta y observable a la encubierta y difícilmente medible, y la dimensión de la conducta no destructiva hacia el extremo destructivo de la propiedad privada o de tipo emocional.^{3,14,15}

La segunda premisa a considerar para la elección de prácticas efectivas de prevención y atención del comportamiento infantil y adolescente se refiere a la presencia de los ya mencionados factores de riesgo asociados a la conducta antisocial en niños, y compartidos por los adolescentes que consumen alcohol y otras drogas. Debe atenderse el inicio temprano en el consumo de alcohol y otras sustancias aún cuando dicho comportamiento no provenga del comportamiento antisocial en la infancia; Considérese, por ejemplo, el trastorno disocial

del comportamiento que aparece en la adolescencia sin dicho predictor infantil.

Las guías de tratamiento de los diversos Servicios de Salud y para la atención del abuso de sustancias en México y Estados Unidos de América, proponen y promueven que la atención efectiva del comportamiento infantil debe estar basada en la evidencia científica.²³⁻²⁵ Adicionalmente, el interés por cerrar la brecha que existe entre la investigación básica en los laboratorios del comportamiento y la investigación aplicada que se lleva a cabo en las clínicas, centros de atención, escuelas y comunidades, también ha dominado en el ejercicio del profesional de la salud en México.²⁶⁻²⁸

El objetivo de este capítulo, entonces, consiste en mostrarle al profesional de la salud una revisión general de prácticas para la prevención y el tratamiento de conducta problemática infantil, que han sido catalogadas como efectivas y que se encuentran basadas en la evidencia científica en México, particularmente en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, dirigidas al comportamiento infantil y adolescente así como a los principales factores de riesgo asociados a estos y al consumo de alcohol en la adolescencia.

Cuando los profesionales de la salud utilizan prácticas basadas en la evidencia incrementan la probabilidad de que los niños, los adolescentes y sus familias alcancen sus metas de vida y validen socialmente los procedimientos y resultados de las intervenciones en las que participan. En el ámbito de la investigación puente,²⁷ resulta fundamental difundir los

hallazgos derivados de la investigación básica a través de su adopción, implementación y diseminación como prácticas basadas en la evidencia para la prevención y atención del comportamiento disruptivo infantil y adolescente por parte del profesional de la salud.

En México, el conocimiento de las prácticas efectivas derivadas de la evidencia empírica, ha crecido lenta pero consistentemente. Sin embargo la disponibilidad de las mismas a nivel local, estatal y federal, ha mostrado un avance aún más paulatino. Es necesario poner a disposición de la población, el conocimiento derivado de la investigación básica y aplicada, particularmente en el campo de la crianza positiva, con la finalidad de prevenir la progresión del comportamiento infantil hacia conducta delictiva⁵ o la aparición de consumo de sustancias en la adolescencia,³ así como también detener el efecto de los factores asociados a tales problemáticas.

El contenido del presente capítulo va dirigido al profesional de la salud, pero también a aquellos colaboradores que toman las decisiones importantes sobre la práctica profesional en el ámbito de la prevención de las adicciones a través de la crianza positiva en la familia nuclear, como lo pueden ser los supervisores de escuelas, los profesores o líderes de la comunidad, entre otros.

En el primer apartado se presenta en conjunto un resumen de las prácticas basadas en la evidencia empírica recolectadas de diversos estudios mexicanos y sus resultados, que no pretende ser exhaustivo ni mucho menos excluyente de diversos inten-

tos nacionales, pero que sí representa los esfuerzos realizados al interior de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en materia de crianza positiva. En la segunda parte se describe con mayor especificidad, dichas prácticas basadas en la evidencia recomendando una secuencia de evaluación y atención de la conducta infantil y adolescente y sus factores asociados, como una estrategia para la prevención del comportamiento adictivo.

PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DEL COMPORTAMIENTO INFANTIL Y ADOLESCENTE BASADAS EN LA EVIDENCIA

Particularmente, con las prácticas profesionales basadas en la evidencia se evalúa, previene y atienden problemas de conducta infantil y adolescente, característicos del comportamiento negativista desafiante y de los referentes al desorden de conducta disocial, que generan efectos disfuncionales en el hogar, la escuela y la comunidad, promoviendo el riesgo del inicio temprano al consumo de alcohol y otras drogas, y que constituyen costos elevados a los servicios del Sector Salud, educativo y de justicia.

Las prácticas basadas en la evidencia se han definido como aquellas que se derivan de pruebas científicas consistentes, que demuestran su efectividad, y de los resultados que se pueden alcanzar con ellas.²⁵ La evidencia de su efectividad está basada en el cómo se aplican, con qué población, en qué contextos y los resultados que se logran alcanzar a partir de ellas.

Diversas definiciones sobre el término: prácticas basadas en la evidencia se pueden resumir haciendo referencia a cuatro aspectos básicos:

1. Que las prácticas derivan de la aplicación del método científico.
2. Que tienen suficiente evidencia de su efectividad en alcanzar los resultados deseados.
3. Aquellas donde los profesionales utilizan la mejor evidencia posible para tomar decisiones clínicas para el beneficio de los usuarios.
4. Como aquellas donde se integra la mejor evidencia de investigación con experiencia clínica y a partir de los valores de los usuarios.

Particularmente, en la Facultad de Psicología se ha evaluado la evidencia empírica de las prácticas en la evaluación y atención del comportamiento en niños y adolescentes y sus familias, derivada de los principios básicos del comportamiento, buscando cerrar la brecha existente entre la investigación básica y aplicada en el campo. En el **cuadro I** se presenta, entonces, un conjunto de prácticas basadas en la evidencia encontradas en estudios realizados en la UNAM, a partir de las cuales, en la segunda parte del capítulo, se especifica con mayor detalle una secuencia propuesta para su uso. Los estudios que se ilustran a continuación refieren la cobertura de edad en niños y adolescentes entre los dos y los 18 años de edad y sus padres. Muchas de estas prácticas basadas en la evidencia fueron desarrolladas para prevenir conducta disruptiva o

Cuadro I. Presenta las prácticas basadas en la evidencia de los estudios realizados en la Facultad de Psicología de la UNAM, la edad de los participantes, el escenario, el formato, la duración del programa, los componentes que los constituyen y los resultados alcanzados.

Prácticas basadas en la evidencia	Edad de los participantes	Escenario	Formato	Duración	Componentes	Resultados
Entrenamiento a padres para el manejo de la conducta infantil (Ayala et al., 1994; Ayala et al., 2001; Fajardo y Hernández, 2008)	2 a 12 años	Clínica	Diádico y grupal	4 a 6 sesiones	Análisis Funcional de comportamiento infantil. Reforzamiento diferencial del comportamiento alternativo. Habilidades de seguimiento de instrucciones. Interacción social positiva. Corrección de comportamiento meta. Extinción de comportamiento meta mantenido por reforzamiento social. Organización y manejo del tiempo. Identificación de situaciones de riesgo al comportamiento meta infantil. Establecimiento de reglas Aplicación de reprimendas. Pérdida de Privilegios Solución de Problemas en familia.	Incremento en las habilidades parentales para el manejo de conducta agresiva y de desobediencia infantil. Incremento en habilidades de seguimiento de instrucciones en los padres. Incremento de conductas de interacción social positiva en los padres. Decremento de conducta de interacción negativa en los padres. Incremento en habilidades de establecimiento de reglas y de solución de problemas en familia.

Cuadro I. Continuación...

Entrenamiento a padres en conductas de supervisión y monitoreo (Ayala et al., 2001).	12 a 18 años	Clínica	Individual y grupal	7 a 16 sesiones	Análisis funcional del comportamiento infantil. Seguimiento de instrucciones. Supervisión y monitoreo del comportamiento adolescente.	Reducción de los episodios de agresión. Incremento de la obediencia. Incremento en los acuerdos entre las actividades reportadas por el padre y aquellas reportadas por el hijo, en la escuela, con los amigos y en casa.
Programa de entrenamiento a padres basado en las actividades planeadas en el hogar y en la comunidad: enseñanza incidental, (Morales, 1996; Morales & Vázquez, 2011).	6 a 12 años de edad	Hogar, comunidad y clínica	Díada madre-hijo	8 a 12 sesiones	Habilidades de seguimiento de instrucciones en los padres. Manejo de la conducta meta a través del reforzamiento diferencial de conducta incompatible y de otras conductas. Corrección del comportamiento meta. Organización y Manejo del tiempo. Habilidades de Enseñanza incidental para el establecimiento de habilidades de auto-cuidado y la prevención de la conducta meta. Identificación de situaciones de riesgo a la conducta meta. Planeación de actividades. Establecimiento de reglas. Aplicación de advertencias. Pérdida de privilegios. Listas cotejables de problemas en el hogar. Listas cotejables de problemas en la comunidad. Solución de Problemas en familia.	Decremento en el porcentaje de problemas en el hogar y en la comunidad. Decremento de situaciones de riesgo del comportamiento meta. Incremento de habilidades parentales para la organización y manejo del tiempo. Incremento de habilidades de enseñanza incidental. Incremento de habilidades de auto-cuidado en el niño. Incremento de habilidades de solución de problemas. Satisfacción social con las metas, los procedimientos y los resultados de la intervención.

Cuadro I. Continuación...

Tratamiento para niños con problemas en el manejo de enojo (Ortiz, 2000; Ayala et al., 2001).	5 a 10 años	Clínica	Individual y grupal	15 sesiones	Habilidades de comunicación para la asertividad. Habilidades sociales. Alternativas de solución. Ejercicios de relajación. Situaciones de provocación.	Reducción del comportamiento agresivo. Incremento de la conducta prosocial. Cambio en las atribuciones de la provocación. Incremento de la evitación. Decremento de la conducta de culpar a otros. Cambios en la expresión facial.
Entrenamiento en autocontrol de enojo para reducir episodios de enojo con agresión (Mendoza, 2000; Ayala et al., 2001).	9 a 13 años	Clínica	Individual y grupal	15 sesiones	Relajación Comunicación asertiva. Auto-instrucciones. Solución de problemas.	Reducción de los episodios de enojo con agresión. Reducción de los episodios sin agresión.
Programa para el cambio de la conducta disruptiva en niños agresivos en el salón de clases (Chaparro, 2001; Ayala et al., 2001).	6-8 años	Escuela	Grupal	5 a 15 sesiones	Manejo de la conducta infantil en el aula a través del Juego de la Buena Conducta. Entrenamiento a maestros. Habilidades de apoyo de los padres.	Reducción del comportamiento agresivo y disruptivo en niños escolares. Incremento de la conducta permanecer en la tarea. Decremento en la nominación de niños agresivos. Control de problemas de conducta en el aula. Satisfacción con las metas, procedimientos y resultados de la intervención (validación social).

Cuadro I. Continuación...

Programa de tutoría entre compañeros sobre aciertos y errores en tareas de escritura y matemáticas (Chaparro, 2010; Chaparro & Morales, 2009).	7-8 años	Escuela	Grupal y didáctico	5 a 15 sesiones	Manejo de la conducta académica por medio de la tutoría de pares. Entrenamiento a maestros para el manejo de la conducta infantil.	Incremento del tiempo de involucramiento en la tarea académica. Reducción de conducta disruptiva. Reducción de errores de regla y específicos en las tareas de escritura. Reducción de los errores de operación en matemáticas.
Intervención para el Manejo de conductas disruptivas a través de recreos dirigidos (Vargas, 2001; Ayala et al., 2001).	6 a 12 años	Escuela	Grupal	10 sesiones	Habilidades del manejo conductual del maestro. Actividades planeadas en el recreo.	Decremento de conductas disruptivas y contacto físico negativo. Reducción de la destrucción de objetos. Incremento en el involucramiento en la actividad. Incremento en las habilidades de manejo conductual en los maestros. Involucramiento del maestro en la actividad. Incremento en la conducta de premiar. Decremento en las conductas coercitivas del maestro. Satisfacción social con las metas, los procedimientos y los resultados de la intervención.

Cuadro I. Continuación...

Programa de Habilidades sociales y de entrada a grupo (Ayala et al., 2001).	6 a 12 años	Clínica	Grupal	5 sesiones	Solución de problemas. Estrategias de entrada a grupo, juego positivo.	Decremento de las soluciones negativas. Incremento en las soluciones positivas. Incremento en las ganancias obtenidas.
Entrenamiento en habilidades de comunicación y negociación (Fulgencio, 2002).	12 a 18 años	Clínica	Diádica	7 a 10 sesiones	Estrategias del diálogo. Habilidades de comunicación. Habilidades de solución de problemas.	Incremento en la solución de conflictos. Incremento en habilidades de comunicación. Incremento en el ambiente familiar positivo. Satisfacción social con las metas, los procedimientos y los resultados de la intervención.

intervenir con síntomas ya presentes característicos de los trastornos del comportamiento infantil y adolescente y sus factores de riesgo. Por ello, en su mayoría contemplan el involucramiento del resto de los miembros de la familia y están basados en aproximaciones cognitivo conductuales y de entrenamiento a padres. En algunos casos, involucraron una aproximación eco-conductual, incluyendo escuelas, comunidad, el ámbito clínico y el hogar de los participantes. Todos los procedimientos contemplaron materiales de entrenamiento y programas de intervención formal.

Como se puede observar en el *cuadro 1*, las prácticas basadas en la evidencia para la evaluación y atención del comportamiento antisocial en niños y adolescentes, contemplan la evaluación o entrevista conductual, el análisis funcional del comportamiento infantil, adolescente y del cuidador, el reforzamiento diferencial de conducta incompatible o alternativa, la corrección o extinción del comportamiento meta, la identificación de situaciones de riesgo en el hogar, en la escuela y en la comunidad, la organización y el manejo del tiempo en estos escenarios, el establecimiento de reglas, el reforzamiento positivo de cumplimiento de reglas, la aplicación de advertencias o reprimendas del comportamiento, la aplicación de la pérdida de privilegios, el establecimiento del diálogo basado en las estrategias ganar-ganar, de las habilidades de comunicación, la solución de problemas y el control del enojo, entre otras.

Todas las prácticas basadas en la evidencia, entonces, se apoyan en los principios básicos del comportamiento tales como el reforzamiento positivo,

el castigo negativo, la extinción de la conducta mantenida por reforzamiento positivo o negativo, el control de estímulos para la programación de la generalización del comportamiento entre escenarios, participantes, o a lo largo del tiempo, entre otros. Todas las prácticas resultaron en la reducción de los comportamientos meta, entre los cuales se encontraron el enojo, el comportamiento agresivo, la desobediencia o la conducta de berrinche o variedades de conducta antisocial en niños y en adolescentes, en la clínica principalmente, pero, también para otros escenarios como el hogar, la escuela y la comunidad. También es notorio y fácil observar que la utilización de estas prácticas basadas en la evidencia científica resultaron efectivos para orientar a los padres, a los maestros, así como a otros agentes del cambio que favorecen la generalización de los resultados.

¿CÓMO APLICAR LAS PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA?

La aplicación consistente de las prácticas basadas en la evidencia deriva en una reducción exitosa del comportamiento antisocial en niños y adolescentes, si su adopción y diseminación permite que los procedimientos mantengan su estructura derivada de los principios básicos del comportamiento. Las prácticas tienen la característica de ser flexibles y adaptables a las diversas comunidades, no obstante, es importante cuidar su integridad a partir de los principios que explican el comportamiento.

A continuación, las *figuras 1, 2 y 3* presentan una secuencia de prácticas basadas en la evidencia para

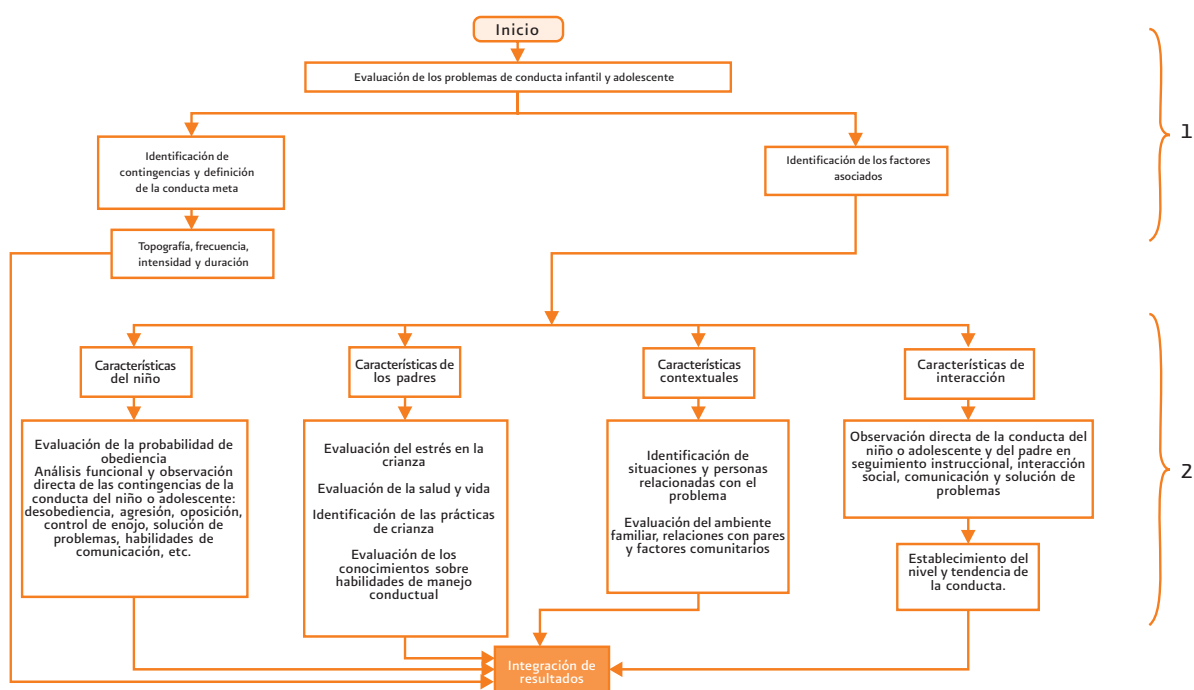


Figura 1. Representa las prácticas de Admisión (1) y evaluación (2) basadas en la evidencia científica en la Facultad de Psicología de la UNAM. (1996-2010).

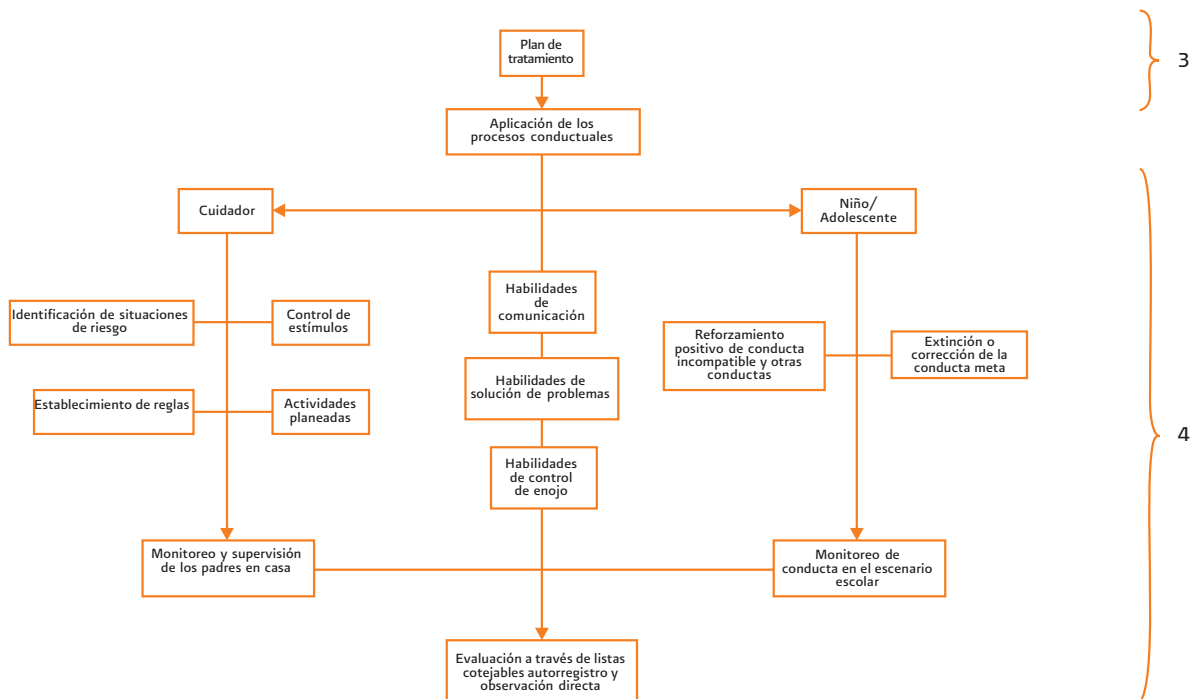


Figura 2. Representa las prácticas para elaborar el plan de tratamiento (3) y de atención (4) basadas en la evidencia científica en la Facultad de Psicología de la UNAM. (1996-2010).



Figura 3. Representa las prácticas basadas en la evidencia científica para considerar el logro de las metas y la evaluación de la validez social de las mismas (5) en la Facultad de Psicología de la UNAM. (1996-2010).

la evaluación y el diseño de los procedimientos de intervención efectiva de los problemas de conducta en niños y adolescentes en vías de la prevención universal de las adicciones.

En la *figura 1* se muestran las prácticas basadas en la evidencia para la admisión (nivel 1) y la evaluación (nivel 2) del comportamiento infantil y adolescente. El primer paso contempla la definición operacional de la conducta meta y la identificación de los eventos contingentes a su ocurrencia. Por definición operacional se entiende la descripción del comportamiento en términos de lo que se observa y se escucha realizar al niño o adolescente. La conducta meta es definida como aquella conducta “blanco” que desea modificarse o cambiarse, por ejemplo, la conducta de agresión, desobediencia o impulsividad.

La reducción o eliminación de la conducta meta, se logra a partir de los procedimientos de cambio conductual directamente aplicados sobre ella, pero también se alcanza con base en la aplicación de procedimientos para incrementar la conducta alternativa o incompatible a la meta y que funcionalmente la desplaza. Por lo tanto, comportamiento como las habilidades de comunicación, solución de problemas o control del enojo, es conocido como el comportamiento alternativo o inclusive incompatible al comportamiento meta. Tómese como ejemplo el control de enojo que resulta incompatible a la conducta agresiva y de las habilidades de comunicación que le son alternativas y aseguran, en muchas ocasiones, reforzadores similares a los que el niño o adolescente obtenía a través de la conducta meta.

La práctica de describir operacionalmente la conducta meta e identificar sus contingencias de reforzamiento, permite definir los comportamientos problemáticos a partir de su topografía, frecuencia, duración o intensidad, indicando al profesional, la práctica de evaluación conductual más apropiada. Por ejemplo, para obtener información precisa del llanto infantil o berrinche, es importante que la unidad de medida no solamente sea la frecuencia con que el niño realiza dicho comportamiento, sino que el profesional de la salud deberá describir la topografía de tal comportamiento acorde a la edad del niño y al contexto de ocurrencia. Existen infantes que durante el llanto pueden mostrar conducta autodestructiva característica de altos niveles de enojo e impulsividad, o conducta agresiva hacia el cuidador, definida ya como comportamiento antisocial. Finalmente, identificar el tiempo de duración del comportamiento de berrinche, señalando el momento de inicio y terminación, permitirá identificar rasgos de mejora durante su procedimiento de cambio y reducción de su intensidad.

La evaluación del comportamiento meta en el niño y en el adolescente, y la identificación de sus contingencias de reforzamiento constituyen el primer paso para obtener la información relativa a la evaluación de dos de los cuatro grupos de factores asociados al comportamiento antisocial, que se definen como “características del niño o adolescente” y “características de la interacción” (refiérase al nivel 2 de la *figura 1*). En tal evaluación será importante verificar el establecimiento de los niveles y tendencias del comportamiento meta y alternativo del niño o adolescente y de la interacción padre-hijo.

A partir de la definición operacional de la conducta meta, entonces se identifican eventos no solamente contiguos a ella, sino contingentes a su ocurrencia. Una práctica tradicional asociada a la identificación de las contingencias de la conducta meta es el análisis funcional a partir del registro observacional que el profesional de la salud y el cuidador realizan en la clínica, en casa y otros escenarios sobre dicho comportamiento. Para la obtención de esta información, el profesional de la salud capacita al cuidador, ya sea padre o maestros, para identificar y describir en por escrito, los eventos previos al comportamiento que parecen dar la oportunidad de que éste ocurra, así como los eventos consecuentes que podrían incrementar o decrementar la probabilidad de ocurrencia del mismo.

El profesional de la salud realiza también el análisis de contingencias del comportamiento meta, desarrollando situaciones análogas de evaluación, donde, a partir de la información obtenida en la evaluación o entrevista conductual, se presentan posibles estímulos “discriminativos”, con la finalidad de obtener una línea base del comportamiento meta. La línea base se refiere a la medición del comportamiento meta con base en la definición operacional y el sistema de registro observacional elegido y puede obtenerse tanto en la clínica, como en la escuela y en el hogar.

Las situaciones análogas de evaluación, son situaciones similares a las que se presentan en el hogar, escuela o comunidad, pero donde el profesional controla la presentación o retiro de variables independientes o de tratamiento para evaluar su efecto

sobre el comportamiento meta. Los sistemas de observación directa del comportamiento se eligen y diseñan “a la medida” del comportamiento meta. Ya se indicaba en los párrafos anteriores que a partir de la definición operacional, se elige la unidad de medida y con base en ella el tipo de registro para la recolección de la información. Cuando se elige la frecuencia de la conducta como unidad de medida, por ejemplo, se utiliza un sistema de registro de evento. Otros sistemas de observación conocidos son los de duración, los de intervalo parcial o total del tiempo, los de muestreo momentáneo de tiempo y las listas cotejables del comportamiento, entre otros. De tal forma que se recolectan datos como el número de eventos de agresión, la duración parcial y total de berrinche, porcentaje de ocurrencia de las conductas de interacción social positiva o de seguimiento de instrucciones, de comunicación y de solución de problemas (ver Cooper, Heron & Heward, 2007²⁹ para una revisión exhaustiva de las prácticas de medición del comportamiento). Estos datos se grafican mostrando los niveles y tendencias del número de eventos o porcentaje del comportamiento a lo largo del tiempo, o número de sesiones de observación en las situaciones análogas o reales.

La evaluación del comportamiento meta a través de su registro en situaciones simuladas o reales, permite identificar las contingencias de reforzamiento. Es decir, facilita la identificación de la función del comportamiento meta sobre el ambiente, a partir de lo cual se explica su presencia o la ausencia de comportamiento alternativo en la historia de vida del participante.

A partir del análisis funcional del comportamiento se pueden comprobar los efectos contingentes de los eventos antecedentes y consecuentes al comportamiento y desarrollar procedimientos de intervención con mayores probabilidades de éxito. Es posible, entonces desarrollar prácticas de análisis funcional del comportamiento meta, del alternativo o incompatible del niño, del adolescente y de los cuidadores mismos. Situaciones análogas de interacción padre-adolescente, por ejemplo, involucran la evaluación de conductas de comunicación y los eventos antecedentes y consecuentes que las provocan y mantienen, respectivamente. Por ejemplo, se ha encontrado que cuando el padre mira a los ojos (antecedente), el adolescente puede responder emitiendo también el contacto visual (conducta incompatible a la inatención), el cual puede incrementarse en su probabilidad de ocurrencia si el padre le sonríe (consecuencia).

Es importante evaluar si las conductas meta del padre y el niño se presentan con una elevada, media o baja frecuencia en una escala del 0 al 100%, y si la tendencia de tales comportamientos es de incremento, decremento, estabilidad o variabilidad extrema del comportamiento. Es recomendable iniciar los procedimientos de prevención o atención, cuando se obtienen medidas estables del comportamiento meta o alternativo, de tal forma que se pueda observar su reducción o eliminación o incremento como resultado de los prácticas de intervención. No obstante, cuando el problema de conducta pone en riesgo la salud o integridad física del niño o adolescente, se recomienda prescindir de la línea base y utilizar, inclusive, otros diseños de caso

único como los tratamientos alternados o criterios cambiantes sin elemento base de evaluación.²⁹

Además de la obtención de información sobre las conductas meta y alternativas y sus características con relación al niño o adolescente y su interacción con los cuidadores, se requiere identificar y evaluar los factores asociados al comportamiento infantil y adolescente, de los dos grupos restantes señalados en el nivel 2 de la *figura 1*: “características del padre” y “características del contexto”.

Las prácticas basadas en la evidencia para la evaluación de las características de los padres, implican conocer los niveles de estrés en la crianza,^{1,2,30} la evaluación de sus condiciones de salud y de vida cotidiana,³¹ el estilo de prácticas de crianza³² reportados por ellos y la evaluación de los conocimientos sobre las habilidades de manejo conductual de sus hijos.²⁸ La obtención de datos referentes a las características del padre ha sido llevada a cabo, tradicionalmente, por medio de instrumentos psicométricos de evaluación con apropiados niveles de validez de constructo, que arrojan reportes verbales de las percepciones, actitudes y valores de los padres. La percepción y auto-descripción que los cuidadores hacen de las situaciones de crianza arrojan información relevante y complementaria para el diseño de un procedimiento de prevención y tratamiento exitoso del comportamiento infantil y adolescente. Por ejemplo, cuando los padres de familia se perciben con altos niveles de estrés asociados a las actividades de crianza de sus hijos, (percibirlos como demasiado demandantes, hiperactivos o con dificultades de adaptación a ambientes cambiantes),

reportan y muestran habilidades de crianza deficientes y con menos éxito en el manejo de conducta de sus hijos.³³ Por ello, la identificación de las percepciones y actitudes es una práctica exitosa dirigida a lograr los cambios conductuales deseados.^{1,2}

Un último grupo de factores importantes de evaluar para diseñar procedimientos de prevención y atención en el ámbito de la crianza positiva, son las características contextuales (nivel 2 de la *figura 1*). Existen prácticas basadas en la evidencia para la evaluación del ambiente social familiar³³ y de las relaciones sociales del niño o adolescente y la familia en el ámbito comunitario.⁹ Incluso la supervisión y monitoreo de las relaciones sociales que guarda el niño o adolescente, no solamente en el ámbito familiar, sino en el escenario escolar y comunitario, permite establecer las reglas claras para limitar la disponibilidad de situaciones de riesgo que provoquen la oportunidad de que ocurran las conductas antisociales, de reducir la oportunidad de modelamiento de las conductas de consumo de sustancias, por otros compañeros, retrasando el inicio temprano o el establecimiento de patrones de uso y abuso de drogas.²⁵ Evaluar las características del contexto en el que ocurren las conductas meta y alternativas, establece la pauta para diseñar procedimientos de intervención exitosos.

Una vez recolectada la información conductual y psicométrica de las características del niño o adolescente, del padre, del contexto y de los relacionados con la interacción padre-hijo, se recomienda la integración de los resultados y la retroalimentación a los padres con base en dicha información, como una prác-

tica exitosa de motivación al cambio en los cuidadores.³⁴ La retroalimentación de los resultados es una práctica útil que consiste en mostrar a los padres los niveles y tendencias de los comportamientos observados durante las líneas base del comportamiento meta y de la interacción padre-hijo y su relación y consistencia con los niveles de estrés, calidad y vida saludable, niveles de prácticas de crianza y conocimiento de habilidades de manejo conductual, así como los factores contextuales presentes en la familia, la escuela y en la comunidad.

Cuando el procedimiento de retroalimentación de los resultados de la evaluación permite al cuidador conocer los determinantes del comportamiento infantil y adolescente, se incrementa la probabilidad de que el cuidador participe activamente en el desarrollo del plan de tratamiento con el profesional de la salud (ver nivel 3 de la *figura 2*).

Para la prevención exitosa de la ocurrencia de conducta antisocial y evitar la generalización del comportamiento infantil a diversos escenarios, o de su mantenimiento a través del tiempo y diversas etapas del desarrollo del niño o en vías de lograr una exitosa intervención del comportamiento antisocial ya presente en el niño o adolescente, se recomiendan, entonces, las prácticas basadas en la evidencia derivados de los principios básicos del comportamiento (nivel 4 de la *figura 2*). Las prácticas basadas en la evidencia que se utilizan para este fin, se pueden clasificar como aquellas que se llevan a cabo con el cuidador, aquellas que se llevan a cabo con el niño o adolescente y las que involucran a ambos participantes.

Para reducir o eliminar el comportamiento meta o incrementar el comportamiento alternativo o incompatible, el cuidador aprende a identificar las situaciones de riesgo que promueven o dan a la oportunidad a que la conducta meta ocurra y que se encuentran fuertemente asociadas al reforzador que las mantiene o las puede mantener. Por ejemplo, dar una instrucción poco clara, sin obtener la atención del niño, facilita que se presente la conducta de desobediencia. Por el contrario, obtener la atención del niño, llamándolo por su nombre y dándole una instrucción clara y específica, incrementa la probabilidad de ocurrencia de la conducta de seguimiento de instrucciones u obediencia, particularmente si es seguida de un reforzamiento social efectivo. Así, el procedimiento de control de estímulos es correctamente aplicado, cuando se llevan a cabo las adaptaciones ambientales o de interacción necesarias para dar oportunidad a que el niño o adolescente emita ciertos comportamientos que le incrementan la probabilidad de obtener su reforzador social o inclusive intrínseco. Si el ambiente facilita o incrementa la probabilidad de ocurrencia de la conducta incompatible a la conducta meta, se promueve el éxito y los aciertos del niño o adolescente.

Los diversos procedimientos o prácticas basadas en la evidencia implican diseñar, específicamente a cada caso, las estrategias para el establecimiento de nuevos comportamientos, la eliminación o reducción de la conducta meta, la adopción de los procedimientos por el niño, adolescente y los cuidadores, como estilos de vida permanentes, programando la generalidad del comportamiento, pero particularmente verificando su funcionalidad en el ambiente. Esto es, asegurando que los individuos

establezcan los comportamientos alternativos a la conducta meta porque son funcionales para una adaptación exitosa y saludable en su medio ambiente.

El establecimiento de reglas, por ejemplo, también facilita, no solamente la oportunidad de que ocurran ciertos comportamientos, sino el conocimiento que los niños o adolescentes necesitan para emitirlos. Se ha demostrado que cuando los niños saben que se espera de ellos en situaciones particulares, se incrementa la ocurrencia de comportamiento incompatible o alternativo a la conducta meta. Por ello, la planeación de actividades para prevenir situaciones de riesgo y de planes de respaldo ante la posible falla de la actividad planeada inicialmente, también ha sido exitosa en la reducción del comportamiento inadecuado o meta. Que los cuidadores o padres, ejerzan procedimientos derivados del reforzamiento positivo de la conducta alternativa o incompatible, incrementa su probabilidad de ocurrencia. Así, el monitoreo y supervisión de los padres ha promovido el éxito de las intervenciones, principalmente con niños en etapa pre y adolescente.

A la par de la difusión de conocimientos y el entrenamiento a padres en habilidades de manejo conductual en niños y adolescentes, la aplicación de procedimientos derivados de los principios básicos del comportamiento directamente con los niños, ha incrementado la probabilidad de ocurrencia de comportamiento alternativo y la reducción y hasta la eliminación de la conducta meta. La utilización de procedimientos de reforzamiento diferencial combinado con la técnica de ignorar conducta no desea-

da, es un procedimiento recomendado como el primer paso de todo procedimiento de intervención, debido a su mínimo efecto intrusivo en la interacción con los niños y adolescentes. Posteriormente, las técnicas basadas en la extinción y la corrección del comportamiento, favorecen, aunque en un nivel de mayor intrusión, la reducción definitiva de la conducta meta. Correctamente aplicados los procedimientos derivados del castigo negativo, otorgan información a los niños y adolescentes sobre los errores de comportamiento y de aquellos relacionados con la adquisición de habilidades de auto-cuidado y académicos, que desestigmatizan al menor y le otorgan información sobre la ejecución del comportamiento alternativo o las habilidades de comunicación o solución de problemas e incluso de auto-manejo. El establecimiento de conducta alternativa entonces se asocia con la reducción del comportamiento antisocial y de agresión física y verbal que funcionalmente quedan desplazados por los primeros.

El profesional de la salud debe programar la utilización de los procedimientos de cambio conductual, directamente en escenarios distintos a la clínica, como el hogar y la escuela, incluyendo el patio de recreo, ya sea a través tanto de la medición directa en esos escenarios y de la intervención ejercida por él, como por el entrenamiento a maestros para la medición y atención de la conducta en tales ambientes. Con las mediciones, pero, sobre todo, con las intervenciones en casa, en la escuela y la comunidad, se promueve que un mayor número de estímulos ambientales con dimensiones variadas y diferentes se asocien con la conducta alternativa y la presentación de los reforzadores sociales que promueven un incremento en su pro-

babilidad de ocurrencia, logrando así un mayor control de estímulos que faciliten la generalización del comportamiento alternativo entre escenarios y su mantenimiento a través del tiempo (nivel 5 de la *figura 3*).

Una vez que la conducta meta ha disminuido o se ha eliminado y que la conducta alternativa o incompatible se ha establecido, generalizado a diversos escenarios y se ha mantenido a través del tiempo, al menos durante la medición de tres sesiones continuas, se planean los seguimientos a largo plazo. Se recomiendan la medición de las conductas meta y alternativa al mes, tres, seis y 12 meses después de terminadas las prácticas basadas en la evidencia. No obstante, para la evaluación del efecto de la intervención sobre el inicio temprano o el establecimiento de la conducta de consumo de alcohol en la adolescencia, es necesario realizar seguimientos y si es requerido, reentrenamiento de las conductas alternativas e incompatibles a la conducta meta, a largo de al menos tres años después de terminada la intervención.

Finalmente, una práctica fundamental de todo programa de intervención consiste en la evaluación de las metas, los procedimientos y los resultados (nivel 5 de la *figura 3*) alcanzados por el niño, adolescente y los cuidadores.^{35,36} Cuando los beneficiados reportan una satisfacción elevada, por arriba de 80%, con las metas establecidas por el programa, se dice que la práctica basada en la evidencia cuenta con validez social de las metas, pues resultan ser aquellas por las que el beneficiado reportó haber solicitado el servicio, o coinciden con aquellas relacionadas también con sus metas generales de vida. La validez social de las

metas incrementa la probabilidad de incorporar los procedimientos como un estilo de vida permanente.

Un factor adicional que favorece la incorporación de los procedimientos de manejo conductual como formas permanentes de interacción en la vida diaria, depende de percibir a los mismos como comportamientos sencillos de llevar a cabo, naturales en su ambiente diario, pero, sobre todo, fáciles de recordar y aplicar. Por último, alcanzar resultados favorables para reducir el comportamiento meta en los niños y adolescentes e incrementar conducta alternativa con un impacto socialmente relevante, también favorece el uso continuo y permanente de los procedimientos en la vida cotidiana.

La práctica de evaluar la validez social de los procedimientos retroalimenta al profesional de la salud sobre los errores o fallas que puedan ser resueltas a través de la sustitución de procedimientos o corrección de estos, y que permitan alcanzar el éxito en la atención del comportamiento infantil y adolescente y por ende en la prevención del inicio temprano o del uso del alcohol por los menores de edad.

Las prácticas basadas en la evidencia que se presentan en este capítulo, son recomendaciones derivadas de la experiencia obtenida en diversos estudios realizados en la Facultad de Psicología de la UNAM, y por ello, la encomienda final es mantener en continúa evaluación su aplicación en las comunidades, en los distintos grupos étnicos y para la gran diversidad de problemáticas infantiles y adolescentes específicas que se presentan cotidianamente. La continúa valoración de la evidencia del éxito de

las prácticas señaladas durante su diseminación es, de facto, una práctica que arroja evidencia empírica que merece ser compartida con la comunidad científica no solo en beneficio de los niños y adolescentes de nuestro país, sino para el cierre definitivo de la brecha existente entre la investigación básica y la investigación aplicada.

REFERENCIAS

1. Ayala VHE, Pedroza CF, Morales CS, Chaparro CLA, Barragán TN. Factores de riesgo, Factores protectores y Generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental* 2002; 25(3): 27-40.
2. Fajardo VV, Hernández GL. Tratamiento cognitivo conductual de la conducta agresiva infantil. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* 2008; 34(2): 371-89.
3. Clark DB, Vanyukov M, Cornelius J. (2002). Childhood Antisocial Behavior and Adolescent Alcohol Use Disorders, revisado el 8 de Marzo de 2012 en <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/109-115.htm>.
4. Foster SL, Brennan P, Biglan A, Wang L, Al-Ghaith, S. (2002). Preventing behavior problems: what works, revisado el 8 de Marzo de 2012 en <http://www.iaoed.org/files/prac08e.pdf>.
5. Loeber R, Pardini D, Homish L, Wei EH, Farrington DP, Creemers J, Crawford AN, Stouthamer-Loeber M, Koehler SA. The prediction of Violence and Homicide in Young Men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73(6): 1074-88.
6. Baker B, Feinfeld AK. Early intervention and parent education. In: *Handbook of Intellectual Disability and*

- Clinical Psychology Practice. O'Reilly G, Walsh PN, Carr A, McEvoy J (eds.). London: Brunner-Routledge; 2007.
7. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 4: 1-16.
 8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th.Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2005.
 9. Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Consejo Estatal contra las Adicciones, CONADIC. Recuperado el miércoles 26 de octubre de 2011, de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf.
 10. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, (SISVEA, 2009). Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Recuperado el miércoles 26 de octubre de 2011, de: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/SISVEA/informes_sisvea_2009.pdf.
 11. Sistema de Reporte de Información en Drogas, (SRID, 2010). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INP. Recuperado el miércoles 26 de octubre de 2011, de: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/srid/rep_49_pdf.pdf.
 12. Hommersen P, Murray C, Ohan JL, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: Preliminary evidence of reliability and validity. *Journal of Emotional and Behavior Disorders* 2006; 14(2): 118-25.
 13. Lochman JE. Parent And Family Skills Training Targeted Prevention Programs For At-Risk Youth. *The Journal of Primary Prevention* 2000; 21(2): 253-65.
 14. Reyno SM, McGrath PJ. Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006; 47(1): 99-111.
 15. Barkley RA. *Defiant Children. A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. New York: The Guilford Press; 1997.
 16. Bradley S, Jadda D, Brody J, Landy S, Tallet S, Watson W, Shea B, et al. Brief Psychoeducational Parenting Program: An Evaluation and 1-Year Follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42: 1171-8.
 17. Patterson GR. *A social learning approach, 3, coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company; 1982.
 18. Scahill L, Sukhodolsky DG, Bears K, Findley D, Hamrin V, Carroll DH, Rains AL. Randomized trial of parent management training in children with tic disorders and disruptive behavior. *Journal of Child Neurology* 2006; 21: 650-6.
 19. Dadds M, Maujean A, Fraser J. Parenting and Conduct Problems in Children: Australian Data and Psychometric Properties of the Alabama Parenting Questionnaire. *Australian Psychologist* 2003; 38: 238-41.
 20. Critchfield TS, Kollins SH. Temporal Discounting: Basic Research and the Analysis of Socially Important Behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis* 2001; 34(1): 101-22.
 21. Odum AL, Rainaud CP. Discounting of delayed hypothetical money, alcohol and food. *Behavioural Process* 2003; 64: 305-13.
 22. Fulgencio JM. Entrenamiento en habilidades de comunicación y negociación para padres y adolescen-
-

- tes que presentan comportamiento agresivo. México: Tesis de Maestría, UNAM; 2002.
23. Pronunciamento de la primera conferencia internacional de la prevención social del delito y de las adicciones, (2006) revisado el 14 de Marzo de 2012 en <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/lineamientos.pdf>.
24. Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA2-2009. Revisado el 15 de Marzo de 2012 en <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/nom028.pdf>.
25. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Interventions for Disruptive Behavior Disorders: How to Use the Evidence-Based Practices KITs. HHS Pub. No. SMA-11-4634, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2011.
26. Morales CS, Santoyo VC. Evaluación de la resistencia al cambio de la conducta en niños. *Revista Mexicana de Psicología* 2005; 22.
27. Santoyo VC, Morales CS, Colmenares VL, Figueroa N. Organización del comportamiento en el aula: transiciones, persistencia, interrupciones e interferencia social. En: Santoyo VC. (ed.). *Estabilidad y cambio de patrones de comportamiento en escenarios naturales: Un estudio longitudinal en Coyoacán*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
28. Morales CS, Vázquez PF. Evaluación de conocimientos sobre habilidades de manejo conductual infantil en profesionales de la salud. *Acta de Investigación Psicológica* 2011; 1(3): 428-40.
29. Cooper JO, Heron TE, Heward WL. *Applied Behavior Analysis*. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall; 2007.
30. Ortiz SAI. Desarrollo y Evaluación de un Programa de Tratamiento para niños de 5 a 10 años de Edad con problemas en el Manejo del Enojo. México: Tesis de Maestría. UNAM; 2000.
31. Morales CS. Reporte de Experiencia Profesional. México: Reporte para obtener el grado de Maestría en Psicología de las Adicciones. UNAM; 2002.
32. López CF. (2012) Inventario de Prácticas de Crianza revisado el 13 de Marzo de 2012 en http://www.cuaed.unam.mx/esp_adicciones/moodle/file.php/8/crianza/index.html.
33. Ayala VHE, Chaparro CLA, Fulgencio JM, Pedroza CF, Morales CS, Pacheco TA, et al. Tratamiento de Agresión Infantil: Desarrollo y Evaluación de Programas de intervención conductual multiagente. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* 2001; 27(1): 1-34.
34. Miller WR, Rollnick S. *La entrevista Motivacional*. México: Paidós; 1999.
35. Baer DM, Wolf MM, Risley TR. Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1968; 1: 91-7.
36. Fulgencio JM. Validación social de intervenciones conductuales con niños: evaluación de metas, procedimientos y resultados. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* 1996; 22(2): 113-38.
37. Ayala, H., Téllez, G. & Gutiérrez, L.M. (1994). Establecimiento de estilos instruccionales en padres de familia como estrategia de intervención con problemática conductual infantil. *Revista Mexicana de Psicología*, 11 (1), 7-18.
38. Chaparro CLA. Desarrollo y Evaluación de un Programa para el Cambio de la Conducta Disruptiva de Niños. México: Tesis de Maestría, UNAM; 2001.
39. Chaparro CLA. Análisis de los Efectos de un Programa de Tutoría entre Compañeros sobre los Aciertos y

- Errores en tareas de Escritura y Matemáticas. México: Tesis de Doctorado, UNAM; 2010.
40. Chaparro CLA, Morales CS. Análisis de los tipos de error en Tareas de escritura que son corregidos a través de la tutoría grupal entre compañeros, *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* 2009; 35(2): 23-38.
41. Mendoza GB. Entrenamiento en Autocontrol de Enojo: Una aproximación Cognitivo-Conductual para Reducir Episodios de Enojo con Agresión en niños de 9 a 13 Años de Edad. México: Tesis de Maestría. UNAM; 2000.
42. Morales CS. Evaluación de un Programa para padres que maltratan a sus hijos basado en el entrenamiento en planificación de actividades en el hogar y en la comunidad: adquisición de habilidades de enseñanza incidental. México: Tesis de Licenciatura. UNAM; 1996.
43. Vargas SEE. Modelo de Intervención en Escuelas Primarias para el Manejo de Conductas Disruptivas en los Alumnos a través de Recreos Dirigidos. México: Tesis de Maestría, UNAM; 2001.



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



VI.

Las otras causas de la violencia: El alcohol

Mtro. Alejandro Sánchez Guerrero, Mtra. Nadia Robles Soto,** Lic. Gabriela E. Rodríguez Rodríguez***

* Director de Prevención. Centros de Integración Juvenil.

** Subdirectora de Apoyo y Coordinación de los Centros Nueva Vida. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

*** Subdirectora de Apoyo y Coordinación Región 2. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

UNA REFLEXIÓN SOBRE EL CONCEPTO DE RIESGO

En el imperio de las totalidades gobierna un pensamiento sumamente arraigado al modernismo, un pensamiento binario y potencialmente dicotómico, que se cierra en la obsesiva tendencia a la categorización y a la parcialización simplificada de los fenómenos. Lo que se normaliza es aquello que se formaliza “lo que adquiere una forma última”, lo que ordena y lo que alinea; y para ello requiere que se establezcan criterios más o menos definidos, que harán que algo esté dentro del límite y que, a su vez, lo harán pasar a formar parte del proceso de integración normalizadora. Una de las premisas de la lógica binaria es que la definición del hecho dictará qué es lo que está antes y qué es lo que está después. Al abordar el tema de la detección temprana se habrá necesariamente esta discusión epistemológica.

La dicotomía que se formula entre la abstinencia y la adicción a las drogas, es posible superarla en el reconocimiento reflexivo del concepto de riesgo, el cual permite ubicar un proceso de continuidad y probabilidad, y alejarse de una organización parcial, absolutista y simplista de la realidad. Reconocer que el consumo de drogas se vincula con la ocurrencia de una serie de factores de riesgo complejos y no necesariamente aprehensibles en su totalidad, apertura la integración de una perspectiva sensible, como la que propone Michel Maffesoli (1997),¹ cuando dice que *la descripción de los fenómenos sociales no tienen que ser únicamente un problema, sino también una plataforma a*

partir de la cual elaborar un ejercicio del pensamiento que corresponda, en el mejor de los casos a las audaces contradicciones de un mundo en gestación. La identificación de riesgos y la determinación del grado de vulnerabilidad de un sujeto o un grupo de sujetos constituyen una estrategia para romper con las estructuras dicotómicas, para desfragmentar el conocimiento sobre la adicción a las drogas.

En términos muy generales puede decirse que anticiparse a un hecho, llegar antes y evitar que algún suceso ocurra para que suceda de manera diferente es la lógica de la práctica preventiva; su carácter abarcativo requiere influir de manera eficaz en las normas de interacción que regulan y dan soporte a la vida cotidiana. La prevención se construye, metafóricamente, como un movimiento en espiral: una curva que se aleja cada vez más de su centro, pero que siempre conserva el mismo ángulo de origen. La prevención del consumo de drogas toma una forma similar, esto es, desde un *espacio epistemológico*, se parte de un punto específico: *Identificación y reconocimiento de la existencia de un riesgo (esencia material de la detección temprana)*, y lo que demanda un movimiento con fuerza centrífuga (promoción de la salud), que recorre un *espacio* en un *campo* definido (*contexto sociocultural determinado*) hacia otro punto específico (*sensibilización sobre la problemática y la influencia que puede tener en la vida cotidiana*), para seguir su trayectoria hacia otro en el mismo espacio: *su reflexión y resignificación*; posteriormente, *la formación y habilitación resolutoria del problema*; y

así, de manera secuencial, *la conformación de un sistema de redes sociales que coadyuven a autorregular las condiciones y factores de riesgo*.

La trayectoria de la curva del espiral que forma la prevención, puede ser *vista* como el proceso de acomodación y asimilación de universos simbólicos que modelan determinado tipo de normas, valores y conductas, respecto a un objeto de la *realidad subjetiva*. En el caso específico de la prevención del consumo de drogas, las acciones que se realizan debieran ir dirigidas a desarrollar *volumen* o *superficie* respecto a opiniones, actitudes y comportamientos, asumiendo que el bienestar individual, grupal o colectivo se encuentra en un punto contrario al abuso de sustancias tóxicas al organismo (individual/grupal/colectivo).

Según Antony Giddens,^{2,3} el constante alejamiento de estilos de vida cimentados en la tradición y el paso a estilos constituidos *expo facto* para amoldarse a los requerimientos de la vida moderna, detona altas cargas de ansiedad colectiva que representan fértiles campos para las adicciones “La adicción entra en juego cuando la elección que debiera estar impulsada por la autonomía, es trastocada por la ansiedad”. Esto es, en tanto que, en las formas de vida cercanas a determinadas tradiciones, el sujeto se encuentra adscrito a un contexto delimitado mediante creencias y sentimientos colectivos compartidos; por el contrario, las formas de vida que actualmente se desarrollan con considerables déficit tales elementos de cohesión social, configura sujetos que rigen su presente como el único medio de vencer la ansiedad que le causa la incertidumbre del futuro.

Por lo tanto, esta noción de riesgo no es equivalente a la pretensión de control total, ni su reducción garantiza seguridad, el riesgo es ya una forma de reconocer una capacidad cada vez más mermada sobre ese control y la imposibilidad de afirmar la certeza de totalidades; como dice Edgar Moran: *La totalidad es la no verdad*. En este sentido es más indicado y correcto teóricamente, si se me permite expresarlo así, que cuando aludimos a la inversión o reducción de riesgo relacionados con el consumo o abuso de drogas, lo que generamos está más cercano a la *fiabilidad* (*trust*) que a la *seguridad*, propiamente dicha. No se contribuye propiamente a construir entornos más *seguros*, sino en todo caso más *fiables*.

Con el desarrollo de acciones que pretenden evitar los problemas asociados con el abuso de drogas, lo que hemos logrado es garantizar un campo de conocimiento, según el cual, determinados constructor (factores de protección) hacen menos vulnerable a un sujeto a un posible riesgo y/o daño, esto es, generamos una determinada situación de fiabilidad, donde el sujeto puede estar ante la capacidad de recocer las alternativas y contrastar el riesgo que corre la decisión tomada y las responsabilidades implicadas que tendrá que asumir por tal decisión.

El significado actual que manejamos del riesgo fue una noción acuñada bajo el manto de la modernidad en los siglos XVI al XVIII por la necesidad de marinos europeos de designar las incertidumbres que los acompañaban en sus viajes por mares aun no del todo conocidos. Ahora el potencial de la noción de riesgo para designar ideas de probabilidad e

incertidumbre constante se han desplazado a casi todos los ámbitos de nuestras vidas, un riesgo que ya no necesariamente se refiere a una amenaza o a un peligro explícito; sino puede referirse a un elemento que ha pasado a ser parte estructural en nuestra forma de vida.

JÓVENES E INTERVENCIONES BREVES EN CONSUMO DE ALCOHOL

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, para el año 2010 habría más adolescentes y jóvenes viviendo en el mundo que en cualquier época anterior, y una gran proporción vivirá en Latinoamérica y el Caribe. Este conjunto de jóvenes puede convertirse en un regalo o en una dificultad para sus países, dependiendo de la capacidad de los gobiernos, las comunidades y las familias para desarrollar el potencial humano de esta generación.⁴

Ante un panorama social donde los jóvenes representan un porcentaje significativo de la población, cabría preguntarse cuáles son los riesgos a los que están expuestos actualmente, qué consecuencias tienen dichos riesgos en su calidad de vida y qué alternativas tienen para dar respuestas a sus inquietudes, necesidades o problemáticas emergentes.

Para ejemplificar lo anterior, se puede hacer referencia a las dificultades que representa para muchos jóvenes mantener sus estudios, ingresar a un mercado de trabajo remunerado, los riesgos e implicaciones relacionadas con su salud sexual y

reproductiva, el incremento en los índices de suicidio, violencia y accidentes, así como del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, entre otras cuestiones.

Como una respuesta a la situación y condiciones de vida en las que se encuentran los jóvenes, en los últimos años, los gobiernos a través de diversas instancias y organismos nacionales e internacionales se han dado a la tarea de consolidar una infraestructura que promueva el desarrollo saludable de esta población.

Por otro lado, acotar el concepto de juventud por la sola pertenencia o adscripción a una etapa de la vida, a una serie de cambios psicológicos y biológicos del organismo humano, a lo que responde más el concepto de adolescencia, sería hacer una simplificación de sus implicaciones culturales y sociales, que resultan necesarias al hacer un ejercicio reflexivo de los riesgos a los cuales están expuestos frente al consumo de drogas.

La construcción de un sentido de identidad resulta un factor clave para comprender las implicaciones del concepto de juventud. En esta etapa, los aspectos afectivos, sociales, intelectuales y físicos cobran una importante relevancia; sin embargo, esta concepción lineal de vida también tiene algunas implicaciones, como atrapar el discurso desde el adultocentrismo, al considerar que el joven es en todo caso, un ser en preparación, a la espera de llegar en algún momento a ejercer los roles de un adulto; lo cual aleja la posibilidad de centrar el interés en las condiciones concretas e inmediatas en las

que vive y desarrolla su vida cotidiana. El adultocentrismo ejerce un efecto de invisibilidad de los sujetos involucrados, que en todo caso los hace únicamente visibles cuando logran llegar al rol de adulto; mientras que esa invisibilidad provoca políticas de juventud desarticuladas a sus intereses más cercanos.

La construcción de la identidad es una construcción social del sentido de juventud, completamente asociado a la sociedad en que se inserta, a su cultura, a su economía, etc. Esta construcción se forma de elementos simbólicos y elementos tangibles, en donde las representaciones e imaginarios sobre diferentes temas median entre pensamiento, actitud y conducta. El consumo de alcohol es uno de ellos.

En términos tangibles, el alcohol tiene importantes efectos adversos sobre la salud física, psicológica y social de las personas, las familias y las comunidades. El alcohol es una droga que produce dependencia y esta dependencia está asociada con un riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad. Además, que su abuso está directamente asociado con un incremento con el riesgo de sufrir lesiones e involucrarse en eventos violentos.

Al respecto, dentro de las acciones necesarias para contrarrestar este riesgo está el informar a las personas de las consecuencias que tiene el consumo del alcohol sobre la salud, la familia y la sociedad y de las medidas efectivas que pueden tomarse para

prevenir o minimizar el daño, instrumentando programas integrales de involucren la intervención desde edades tempranas.

Un segundo aspecto implicaría la instrumentación de intervenciones orientadas hacia los individuos y grupos con un riesgo específico o con un consumo problemático de alcohol. Para ello las intervenciones breves han demostrado ser altamente efectivas, particularmente en la población masculina.

Las evaluaciones sobre el tratamiento del alcohol han llegado a menudo a la conclusión de que las intervenciones más breves son tan efectivas como los tratamientos de corte clínico más largos. Esta conclusión ha dado lugar a esfuerzos sustanciales para hacer que no especialistas apliquen intervenciones breves a poblaciones más extensas de bebedores problemáticos, no sólo en el contexto de la consulta médica de atención primaria, sino también en contextos tales como las consejerías estudiantiles y en los propios espacios o entornos de consumo.

En la actualidad se sabe que a la par del tabaco, el alcohol es una de las sustancias más consumidas entre los jóvenes. Al ser una de las drogas de inicio, se le conoce también como una sustancia “ventana”, es decir, abre la oportunidad al consumo de otras sustancias, dicho de otro modo, el consumo de alcohol en la adolescencia es un factor de riesgo para el consumo de otro tipo de drogas.

De acuerdo con la última Encuesta de Estudiantes (Secretaría de Salud, 2007) se encontró que 68.8% de los adolescentes han usado alcohol alguna vez en su vida y 41.3% lo han consumido en el último mes. Por otro lado, 25.2% de los estudiantes consumieron cinco o más copas por ocasión de consumo al menos una vez al mes. Cabe mencionar que entre adolescentes de secundaria, los que habitan en la Ciudad de México reportaron mayor consumo de alcohol.

Otra referencia del patrón de consumo de alcohol de los adolescentes en México es la Encuesta Nacional de Adicciones, de acuerdo con la ENA los adolescentes están copiando los patrones de consumo de la población adulta, notándose además un incremento del consumo en las mujeres adolescentes (*Figuras 1 y 2*).

Considerado el patrón de consumo que regularmente tienen los adolescentes, su nivel de riesgo y las consecuencias asociadas a su consumo de alcohol se debe contar con múltiples aproximaciones para su atención. Por un lado, para los jóvenes no consumidores se cuenta con una amplia variedad de programas de prevención universal, así como también existen programas de rehabilitación para adolescentes que ya presentan síntomas de dependencia.

Sin embargo, existen otro tipo de adolescentes, aquellos que presentan problemas por su consumo de alcohol sin presentar problemas de dependencia, para este tipo de casos se recomiendan las intervenciones breves y cuya existencia han sido escasa en nuestro país ya que los esfuerzos se

han orientado más a la atención de los no consumidores y los dependientes.

A nivel mundial las primeras aproximaciones a las intervenciones breves tuvieron sus orígenes en los años setentas, como respuesta a la creciente necesidad de dar atención a las personas que presentaban problemas con su forma de beber, y que al mismo tiempo, no presentaban criterios de dependencia, esto sucedía en un momento en el que primordialmente la atención del alcoholismo radicaba en el campo de la medicina. A partir de los años ochenta, cuando la investigación epidemiológica a nivel mundial identificó a los “bebedores problema”^{*} como un grupo diferente a los alcohólicos, se desarrollan alternativas de intervención de consulta externa específicas para este grupo.⁵

A nivel mundial y en México, en los últimos años los tomadores de decisiones y quienes elaboran las políticas públicas han dirigido su mirada a quienes beben altas cantidades de alcohol sin ser usuarios crónico-dependientes, que por su forma de beber presentan diversos problemas de salud y para los sistemas de salud representan un alto costo.

Inicialmente las aproximaciones de tratamiento breve estuvieron basadas en técnicas derivadas del modelo conductual, como el auto control, el entrenamiento de relajación, el condicionamiento aversivo, el condicionamiento encubierto y el manejo de contingencias. Ya en los ochentas se generan tratamientos de segunda generación, en los que se fueron agregando estrategias desde la perspectiva cognitiva, combinando así

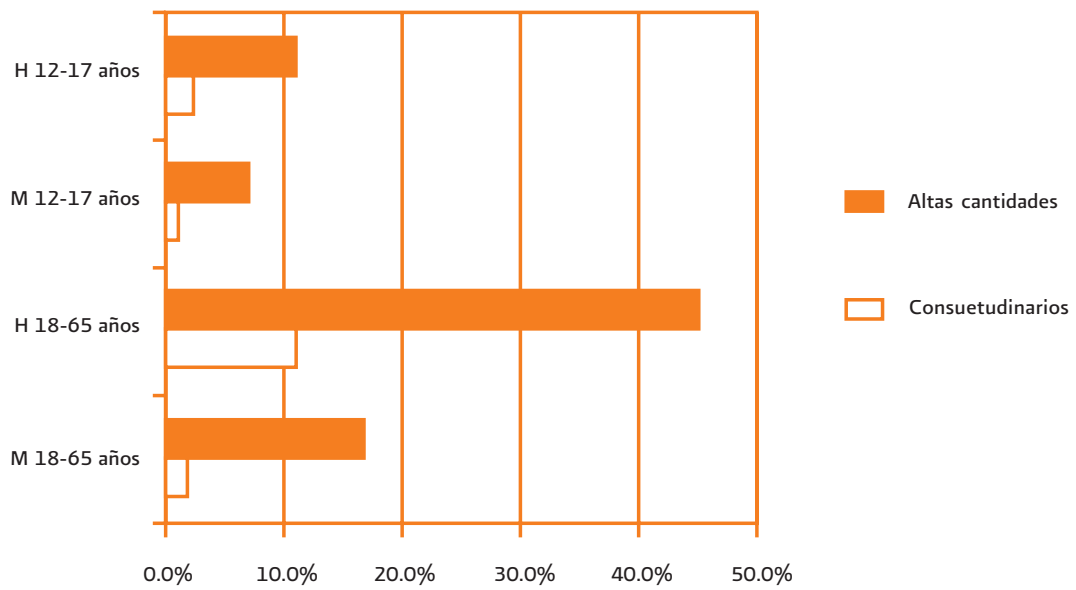


Figura 1. Proporción de hombres (5+ copas por ocasión) y mujeres (4+ copas por ocasión) que beben altas cantidades.

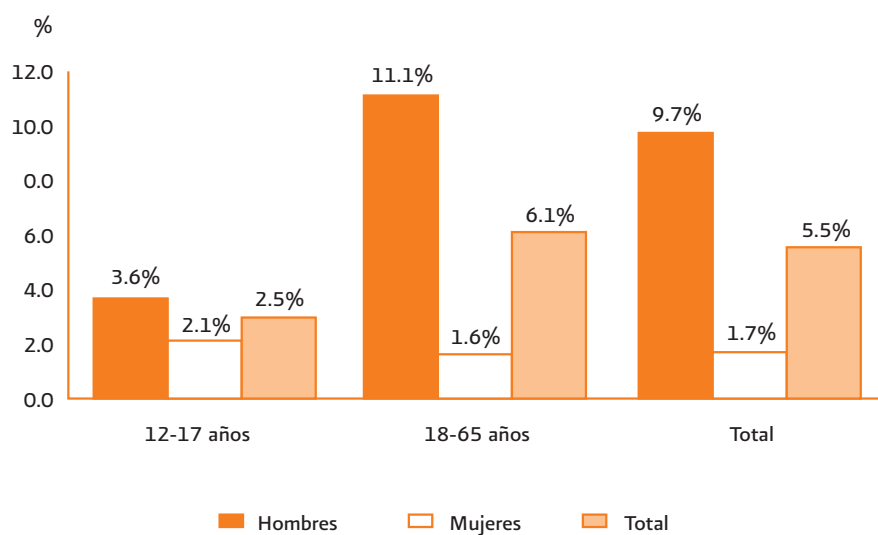


Figura 2. Población que cumple con el criterio de abuso/dependencia.

aproximaciones de intervención, tales como: técnicas de autocontrol (auto-monitoreo del consumo, auto-elección de las metas del tratamiento y bibliotecaria); análisis funcional de las conducta de consumo; reestructuración cognitiva y desarrollo de habilidades de afrontamiento.

Estas nuevas perspectivas se fueron enriqueciendo con elementos de la entrevista motivacional de Millery del Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente para que las intervenciones contaran con un amplio menú de estrategias, estructuradas y con la ventaja de ser costo-efectivas.

INTERVENCIONES BREVES Y JÓVENES

El abuso de alcohol afecta en modo especial a los jóvenes que, sin ser adictos, abusan de él y presentan consecuencias como accidentes de tránsito, muertes violentas, comportamiento sexual de riesgo, problemas académicos, familiares, desarrollo socioeconómico y vandalismo.⁶

Como parte de un Modelo de Atención Escalonada para la Atención de Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol (Anaya, 2007) cuyo supuesto inicial es que al momento de solicitar atención clínica, el tratamiento se determina con base en una serie de criterios de evaluación (para su selección, igualación y secuenciación) (*Figura 3*), dichos tratamientos son los siguientes:

1. Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios: Consiste en una intervención breve cognitivo conductual y motivacional, dirigida a aquellos estudiantes universitarios que abusan del alcohol y con alto riesgo de desarrollar dependencia. Está compuesta de dos sesiones de tratamiento que combinan información, identificación de factores de riesgo, estrategias cognitivo conductuales y motivacionales.
2. Tratamiento de Auto-cambio Guiado para bebedores problema: Es un tratamiento breve (cuatro sesiones) de tipo motivacional y cognitivo conductual que emplea un enfoque de auto-cambio para los abusadores que presentan alto riesgo de desarrollar una dependencia severa, con la finalidad de que se comprometan con la modificación de su conducta a través del uso de sus propios recursos.

Prevención estructurada de recaídas: es un tratamiento de tipo cognitivo conductual y motivacional con duración de ocho a 12 sesiones, con un enfoque de consejo diseñado para capacitar a las personas que presentan problemas de consumo sustancial a severo de alcohol y drogas y que presentan dependencia grave.

De acuerdo con los resultados reportados por este modelo de atención ($n = 18$) en seguimientos al mes, tres, seis y 12 meses se reportaron cambios clínicamente significativos en términos de la cantidad de consumo.

Uno de los aspectos que se deben considerar para el desarrollo de programas de intervención breve

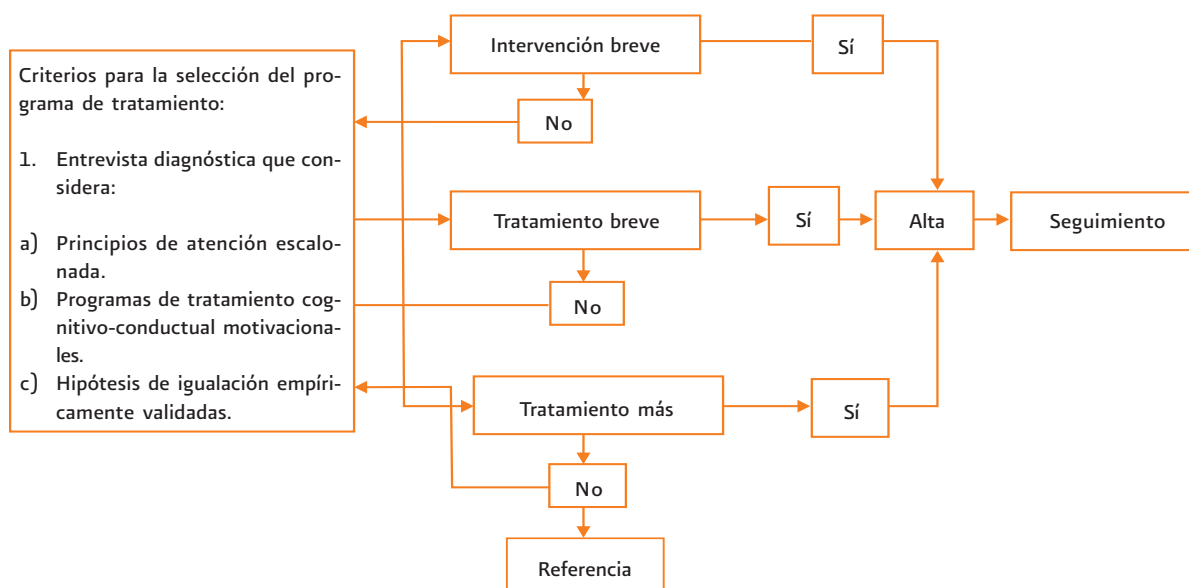


Figura 3.

para adolescentes es la incorporación de un componente que incremente su disposición para asistir a tratamiento, ya que la mayoría de los adolescentes que se inician en el consumo tiene la creencia de que esto no es un problema. Retomando este aspecto la UNAM desarrolló un Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas “PIBA”.^{7,8} El PIBA incluye la detección temprana de casos en escuelas, dos sesiones de evaluación, una sesión de inducción al tratamiento, cuatro sesiones de tratamiento y sesiones de seguimiento. Los resultados muestran que en los adolescentes que participaron (n = 25) redujeron sus niveles de consumo de alcohol a niveles no riesgosos.

Por otro lado, para la atención de los jóvenes se han implementado programas de una sola sesión denominados “consejo breve”. El consejo breve contempla los principios de la entrevista motivacional, además de adicionar un componente de autocontrol, con el propósito de que el adolescente sea capaz de optar por el consumo moderado o la abstinencia. En este sentido, se aplicó una sesión de consejo breve en una sesión individual de 90 minutos en la que fueron entregados los resultados de una evaluación que se llevo a cabo previamente para analizar el patrón de consumo, las consecuencias del consumo y cómo afectaban éstas el logro de sus metas. Asimismo, junto con el adolescente se analizaron y establecieron metas para el cambio de su consumo. De acuerdo con los resultados en seguimiento, se encontró una disminución importante en el consumo de alcohol en

aquellos adolescentes que pasaron por el consejo breve.^{7,8}

SOBRE EL ASUNTO DE LA FORMACIÓN

Un aspecto adicional y relevante es la necesidad de formación de profesionales especializados en la atención de jóvenes que presentan problemas con el consumo del alcohol, ya que algunas investigaciones muestran que una gran cantidad del personal de salud percibe que no cuenta con herramientas adecuadas, entrenamiento, tiempo y fuentes de tratamiento para proporcionar detección temprana e intervención breve a adolescentes que consumen alcohol.⁹ En este sentido se deberá tomar en cuenta que si bien la formación especializada en adicciones se ha ido ampliando en nuestro país a través de instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, Centros de Integración Juvenil, la Universidad Veracruzana, la Universidad Autónoma de Morelos, entre otras, es necesaria la oferta en la formación especializada en esta etapa del desarrollo, donde el tipo y la forma de abordaje son fundamentales para lograr la adherencia terapéutica a las acciones de tratamiento y favorecer los resultados...

EL ESCENARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la atención primaria es el núcleo del sistema de salud de los países por ser accesible a todos los individuos de la comunidad y con un

costo asequible para el país. Por otro lado, se ha encontrado que la atención primaria es un espacio idóneo para las intervenciones breves, un estudio encontró que la intervención breve en la atención primaria es un importante componente de las intervenciones que muestran un decremento significativo en el inicio de consumo de alcohol y que al mismo tiempo incrementa los niveles de cesación de consumo de alcohol.¹⁰

A MANERA DE CIERRE

Se puede comentar que en el centro de la detección temprana están las dificultades del propio individuo para adaptarse de forma positiva y equilibrada a su entorno específico; sin embargo, también están las carencias y complejidades del propio entorno que dificultan dicha integración. De ahí que gran parte de los esfuerzos están enfocados a la identificación de las situaciones y áreas de mayor riesgo, y al desarrollo de las competencias necesarias para responder de manera adecuada a esos riesgos. Lejos de la pretensión por cambiar los riesgos, la estrategia responde a una acción más pragmática de afrontamiento. Algunas de las señales de riesgo que es importante monitorear desde edades tempranas son conductas agresivas, la falta de auto-control, o un temperamento difícil. Cuando el niño crece, las interacciones con la familia, la escuela y en la comunidad pueden afectar su riesgo para el abuso de drogas en el futuro.

Una intervención preventiva integral del consumo de drogas con jóvenes deberá implicar en su

abordaje, como parte de la detección temprana, aquellas situaciones que suelen ser comunes para esta población en la actualidad, y donde existen mayores probabilidades de abuso en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como lo suelen ser los espacios destinados a la diversión, la fiesta y el esparcimiento juvenil. En estos entornos se favorece una serie de prácticas de interacción social que ayudan a la normalización del consumo entre los jóvenes, influyendo en una baja percepción de riesgo sobre los daños y riesgos asociados con el consumo de sustancias.

Adicionalmente, estos entornos de interacción social juvenil de consumo de drogas adquieren significados específicos que se encuentran estrechamente ligados a procesos grupales de identidad y sentido de pertenencia, esta situación obliga a incorporar estrategias de reducción de riesgos, las cuales se encaminen tanto a proporcionar información veraz y actualizada sobre los daños y riesgos que ocasiona el uso de drogas (sin recurrir a estrategias de intimidación) como a crear escenarios grupales propicios para la promoción y el desarrollo de habilidades de afrontamiento que les permita, entre otras cosas, tomar decisiones adecuadas y oportunas, que los protejan de los riesgos asociados al abuso de drogas, así como a la identificación y reconocimiento de problemas derivados de estas prácticas de interacción

Por lo anterior, es necesario establecer con los jóvenes espacios de trabajo que favorezcan el diálogo cercano y abierto, donde se puedan compartir experiencias de vida, se influya de manera positi-

va en las creencias y posturas que adoptan ante el consumo de sustancias y se fortalezcan habilidades que les permitan mantener una convivencia saludable y disminuir riesgos en espacios donde se consume alcohol, tabaco y otras drogas.

La formulación de propuestas para construir una política pública en prevención, detección temprana e intervenciones breves del abuso de alcohol y otras drogas entre los jóvenes requiere de un compromiso serio para dar no solo atención emergente a los problemas e implicaciones inmediatas que conlleva el consumo de estas sustancias, sino sobre todo, implica encontrar soluciones efectivas y autosustentables que partan de la propia voz de los jóvenes, puesto que son ellos los actores centrales de este desafío.

Por tanto, tales políticas deben incorporar elementos que les permitan responder a las necesidades de esta población, esto para no repetir prácticas del pasado marcadas, particularmente, en los jóvenes que históricamente han sido un sector poco considerado en la toma de decisiones sociales y que a partir de su emergencia como un grupo de interés, han predominado las políticas de exclusión, enajenación y discriminación.

Finalmente, las políticas públicas en el marco de las adicciones con los jóvenes deben contemplar precisamente, las diversas problemáticas de salud que en los últimos años se asocian con el consumo de sustancias, abriendo espacios para la información y detección temprana, la prevención, el tratamiento y la reinserción social ante casos agudos.

Juventud y prácticas de consumo –no sólo de drogas– es y seguirá siendo un binomio que implicará retos para las políticas públicas del país y ante el cual se requiere “mirar desde los ojos de la juventud”, para desde ahí plantear enfoques y estrategias de intervención novedosas y efectivas, que respondan de manera más oportuna y real a los contextos y realidades de los jóvenes en el país.

REFERENCIAS

1. Maffesoli M. Elogio de la razón sensible. Barcelona: Paidós; 1997.
2. Giddens A. Consecuencia de la modernidad. Madrid: Alianza Editorial; 1993.
3. Giddens A. Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas. Madrid: Taurus; 2000.
4. Mangrulkar L, Whitman C, Posner M. Enfoque de Habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington, DC, USA: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
5. Carrascoza VC. Terapia cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos. México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
6. Quiroga AH, Mata MA, Zepeda VH, Cabrera AT, Herrera RG, Reidl MLM y cols. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios. Observatorio mexicano de tabaco, alcohol y otras drogas. México: Secretaría de Salud; 2003.
7. Martínez MKI, Pedroza CFJ, Vacio MMA, Jiménez PAL, Salazar GML. Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol.

- Revista Mexicana de Análisis de la Conducta 2008; 34: 2.
8. Martínez MKI, Salazar GML, Pedroza CFJ, Ruiz TGM, Ayala VHE. Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Salud Mental 2008; 31: 119-27.
 9. Van HookS, Harris SK, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J, Knight JR. Six T's: Barriers to screening teens for substance abuse in primary care. Journal of Adolescent Health 2007; 40(5): 456-61.
 10. Knight JR, Harris SK, Sherritt L, Van Hook S, Lawrence N, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J. Adolescents' Preferences for Substance Abuse Screening in Primary Care Practice. Substance Abuse 2007; 28(4): 107-17.
 11. González M, Fernández H; Secades V. (Coordinadores). Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo. Colegio Oficial de Psicólogos; Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- 

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



VII.

El consumo de alcohol en menores de edad desde la visión de la Sociedad Civil

Lic. Joaquín Quintana Pérez*

* Director de Convivencia sin Violencia, A.C.

El alcohol mata. Los fallecimientos por su causa no sólo incluyen a las personas que debido a los daños en el hígado murieron en los hospitales, a ellos también habría que sumar los que terminaron sus días en accidentes automovilísticos, a los intoxicados y a los que perdieron la vida en pleitos de borrachos. Aunque no lo creas, el número de muertos por su causa es más grande que el causado por los criminales: el total de asesinatos en nuestro país es menor que el de las personas –sobre todo jóvenes– que mueren a causa de accidentes automovilísticos provocados por la bebida y al total de personas que fallecen en los hospitales como resultado de males causados por la embriaguez. Según la Secretaría de Salud, el abuso del alcohol y los accidentes son los responsables del 70 por ciento de las muertes por percances de tránsito y también son la principal causa de fallecimiento entre las personas cuya edad fluctúa entre 15 y 30 años. Efectivamente, cada año, en nuestro país mueren 20,000 seres humanos por accidentes de tránsito y la mayoría de ellos se deben a una sola causa: Los conductores se encontraban bajo los efectos del alcohol.

Sin embargo, los problemas con el alcohol –a pesar de la gravedad del hecho anterior– no terminan con las muertes: de acuerdo con las cifras oficiales, más de 800 mil menores de edad en México son alcohólicos y algunos de ellos se iniciaron en esta adicción antes de cumplir diez años. Por si lo anterior no fuera suficiente, la borrachera es una de las principales causas de la violencia en nuestro país: los pleitos en las fiestas, las agresiones en las fami-

lias y los conflictos sociales están directa o indirectamente vinculados en el alcohol.

En el resto de los países de América Latina la situación no es muy diferente: en esta región del mundo, cada año fallecen miles de jóvenes por causas vinculadas con el alcohol. La razón de este hecho es perfectamente clara: las bebidas alcohólicas son la droga preferida de los menores de 25 años y, en América Latina el consumo de embriagantes es superior en 40 por ciento a las cifras mundiales, con un promedio por habitante de 8.7 litros por año, mientras que a nivel mundial es de 6.6 litros. Que no te quede ninguna duda: el alcohol mata, pero los jóvenes lo consumen sin darse cuenta que a cada copa aumentan sus riesgos.

Ante estos hechos, valdría la pena que nos detengamos por un momento para tratar de resolver una interrogante: ¿por qué, si todas las personas saben que el alcohol es malo, los jóvenes siguen bebiendo?

¿POR QUÉ BEBEN LOS JÓVENES?

La respuesta a esta pregunta puede parecer cínica, pero lamentablemente es real: los jóvenes como tú pueden beber porque todo está dispuesto para que lo hagan: a pesar de las leyes, a unos cuantos pasos de las escuelas se venden bebidas alcohólicas, y ellas también están al alcance de sus manos en las reuniones sociales, las fiestas, los antros con barra libre y, sobre todo, en sus casas. Al igual que

en el caso de las drogas, para convertirse en un adicto al alcohol el primer paso es tener acceso a la bebida y los jóvenes, en muchas ocasiones tienen este acceso casi sin restricciones.

Por supuesto que la disponibilidad del alcohol, además de lo que ya comentamos, también está apoyada en otro tipo de conductas: una buena parte de los padres piensan que no está *tan* mal que los hijos beban frente a ellos, pues suponen que eso es más sano y menos peligroso que si lo hicieran fuera de sus hogares. Obviamente ésta es una actitud incorrecta, pues si generalizáramos esta idea, los padres también podrían sostener que no estaría nada mal que los hijos se inyectaran heroína en sus casas por una razón a todas luces tonta: si lo hicieran en la calle sería peligroso.

Para colmo de males, en muchas familias la borrachera no es criticada y sí es alentada por sus integrantes: “Ándale, deja que el niño pruebe la cerveza... ¿qué le puede pasar?”, dicen algunos de los asistentes a las reuniones familiares, quienes también suponen que es necesario enseñar a los jóvenes a beber. De nueva cuenta habría que preguntarles a estas personas si también estarían de acuerdo en enseñarles a los jóvenes a inyectarse heroína. Claro, ellos dirían que no es lo mismo, que la bebida está permitida y que este adiestramiento no es incorrecto; sin embargo, también habría que preguntarles cuál es la diferencia que existe entre dos drogas –el alcohol y la heroína– que ponen en riesgo la vida. Por regla general, las personas que consideran que no está mal que los

jóvenes aprendan a tomar en sus casas son bebedores y, por esta causa, con sus consejos sólo están justificando su adicción al tratar de mostrarla como algo normal, socialmente bien vista y, sobre todo, sin consecuencias.

Esta situación, grave de por sí, se suma a una tradición mexicana según la cual brindar por casi cualquier cosa es una costumbre cotidiana. Estos hechos, cuando menos en principio, explican por qué, en los últimos años, dos de cada diez menores de edad reconocen que no sólo beben alcohol, sino que también abusan de él. Así pues, en la mayoría de los casos, los jóvenes como tú inician su relación con el alcohol en cuatro lugares: en sus casas durante las fiestas familiares, en las reuniones con sus compañeros de escuela, en el interior de los automóviles que les regalan sus padres y en las canchas de fútbol.

Además del fácil acceso al alcohol, sabemos que los jóvenes como tú se emborrachan por algunos motivos precisos. Según la *Encuesta Nacional de Adicciones*, 71 por ciento de los adolescentes se embriagan para convivir con sus amigos; es decir: siete de cada diez de tus compañeros piensan que no es posible reunirse sin una botella. Como resultado de esto, 23 por ciento de los estudiantes mexicanos consumen cinco copas o más, al menos una vez al mes.

Al igual que en el caso de las drogas, la mayoría de los jóvenes también beben por tres razones: (1) quieren ser aceptados en un grupo social y toman

para ser simpáticos o desinhibirse, (2) quieren ser respetados y –según ellos– el alcohol les da el valor necesario para comportarse como hombrecitos o (3) también desean ser queridos y, en este caso, las copas supuestamente les dan todo lo que necesitan para permitir que sus sentimientos afloren. Así pues, según los jóvenes, el consumo de alcohol tiene una serie de supuestas justificaciones:

1. Es un modo de “ponerse alegre”, pues en las reuniones lo que verdaderamente es importante no es la convivencia, sino el emborracharse para experimentar una conducta eufórica.
2. Es un mecanismo que les permite formar parte de un grupo de amigos.
3. Es un medio que supuestamente les otorga prestigio social, pues los jóvenes alcohólicos piensan que se comportan con rebeldía, que son muy valientes y pueden solucionar cualquier problema después de tomarse unas copas.
4. Es un resultado de la presión social, pues si no se emborrachan serán criticados por sus amigos.
5. Es una manera de lograr la desinhibición y superar la vergüenza.
6. Es una manera de imitar las conductas de los adultos.

Lamentablemente estas razones –sumadas a la facilidad de acceso al alcohol– pronto pueden dar paso a la dependencia, al alcoholismo que no es un asunto de pobres y malvivientes, pues la Organización Mundial de la Salud ha definido a los alcohólicos como las personas “que beben en exceso y

cuya dependencia del alcohol ha alcanzado un grado tal que determina la aparición de visibles perturbaciones mentales, o cierta interferencia en la salud física y mental, en las relaciones interpersonales, y en el adecuado funcionamiento social y económico; o los que muestran los signos prodrómicos de dichos fenómenos”.

De esta manera, cuando un joven como tú ya es un adicto al alcohol, no es raro que ocurran las siguientes cosas:

1. Se inicie en la búsqueda de nuevos motivos para el consumo, pues lo que importa es tener un pretexto para emborracharse.
2. Se concentren en los periodos de borrachera durante los fines de semana y los días festivos, lo cual provoca alteraciones del orden público o accidentes de tráfico.
3. Y, sobre todo, que los alcohólicos –sin importar su edad– destaquen los “efectos positivos” de la bebida, suponiendo que los aspectos negativos sólo los padecerán “los otros”. “Eso nunca me pasará a mí”, piensan los borrachos mientras escuchan las tragedias que ocurren a causa de la embriaguez.

Por desgracia, las consideraciones positivas hacia el alcohol –que hacen de él una droga socialmente aceptada y de amplia difusión– provocan que los adolescentes, en un amplio porcentaje, no valoren el alcohol como una droga y no consideren su consumo como puerta de entrada hacia la adicción a otras sustancias. La mayoría de los jóvenes, esta-

rás de acuerdo conmigo, suponen que la borrachera nada tiene que ver con la marihuana, la cocaína o las metanfetaminas, por sólo poner tres ejemplos. Sin embargo, existen varios estudios que demuestran todo lo contrario y según los cuales es muy frecuente que el camino hacia las drogas se haya iniciado debido al consumo de alcohol. El alcohol, por lo menos en este sentido, es una puerta que abre el camino a otras adicciones.

Al igual que en el caso de las drogas, es importante que conozcas las principales características del alcohol: sus inexistentes usos médicos, sus capacidades para causar dependencia, la duración de sus efectos y la manera cómo es tomado, así como los síntomas que experimentan quienes las consumen (el síndrome de intoxicación) y los que padecen quienes dejan de consumirlo durante un corto tiempo (síndrome de abstinencia) (*Cuadro I*).

Aunque el alcohol es un gravísimo problema de salud, en este momento tenemos que concentrarnos en otra de sus consecuencias: la violencia que provoca su uso.

LA VIOLENCIA JUVENIL Y EL ALCOHOL

El alcohol no sólo es peligroso para tu salud física o te expone al riesgo de sufrir un accidente automovilístico que podría dejarte total o parcialmente incapacitado; su consumo, al afectar tu cerebro, también es una de las causas más importantes que pueden llevarte a la violencia. Efectivamente, como leíste en el *cuadro I*, las personas que consumen alcohol experimentan una intoxicación que les pro-

voca –entre otras– las siguientes sensaciones: desinhibición, actitud discutidora, agresividad, labilidad del humor y juicio alterado. Una buena manera para que comprendas estas conductas es que recuerdes las viejas películas mexicanas que pasan en la televisión: los borrachos que son como Pedro Infante, después de hacerse los simpáticos o de llorar amargamente por sus penas, no tardan mucho tiempo en ponerse violentos. Basta que alguien los mire para que ellos –con el machismo a flor de piel– comiencen una pelea.

Así pues, si las estadísticas oficiales se acercan a la verdad, es posible pensar que muchos jóvenes se encuentran en estado de ebriedad los fines de semana o al menos de dos a tres veces al mes, y eso supone que ellos, en una buena parte de los casos, pueden comenzar una pelea que –al igual que en el caso de las drogas– tiene consecuencias difíciles de predecir: en algunos casos todo terminará con algunos ojos morados, pero, en otros, el enfrentamiento sólo concluirá con heridas, muertes o venganzas. El alcohol, ya te lo he dicho varias veces, mata a muchos de sus consumidores.

¿SÓLO EXISTEN ESTOS RIESGOS?

Además de los accidentes, los daños a la salud y los pleitos, el consumo de alcohol tiene otros riesgos que también debes conocer. La desinhibición que provoca su consumo, en más de un caso se puede convertir en causa de otro tipo de agresiones: los jóvenes que piensan que emborrachando a sus novias o a sus amigas lograrán hacerles el amor son un peligro, pues, en el fondo, esta práctica es

Cuadro I. Alcohol.

Sustancia	Nombre común/ nombre de calle	Uso médico	Causa dependencia	Efecto (horas)	Vía de administración	Síndrome de intoxicación	Síndrome de abstinencia
Alcohol	Varios	No tiene	Sí	2-3	Oral	Desinhibición, Actitud discutidora, agresividad, labilidad del humor, deterioro de la atención, juicio alterado, marcha inestable, dificultad para mantenerse en pie, habla farfullante, nistagmo, nivel de conciencia disminuido, enrojecimiento facial, inyección conjuntival	Tembor en la lengua, párpados o manos extendidas, sudoración, náuseas o vómitos, taquicardia o hipertensión, agitación psicomotriz, cefalea, insomnio, malestar o debilidad, ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales o táctiles, convulsiones de gran mal, sueño sin descanso.

Fuente: Centros de Integración Juvenil/Jorge Fernández Menéndez y Ana María Salazar Slack. *El enemigo en casa. Drogas y narcomenudeo en México*. México, Taurus, 2008.

idéntica a la violación ya que el contacto sexual se obtiene sin el consentimiento de sus parejas. Asimismo, en muchos antros donde actúan bandas criminales, es frecuente que mezclen el alcohol con otras sustancias para que los consumidores queden inconscientes y puedan ser robados o secuestrados. De igual forma, tampoco es raro que las personas envalentonadas con el alcohol realicen actos de gran peligro: los chistosos que terminan accidentados, los cuates que luego de unas copas contratan sexo servicios y los que terminan perdiendo todos sus bienes a causa de las apuestas de borrachos sólo son tres ejemplos de este tipo de conductas.

Además de todo esto, los jóvenes alcohólicos –al igual que los adictos a muchas drogas– también tienen que aumentar su consumo para lograr los mismos efectos de intoxicación. Por esta causa, no resulta extraño que tomen dos actitudes distintas: en ciertos casos, como el dinero que tienen ya no les alcanza para pagarse las borracheras, ellos deciden “bajarle a la calidad” de lo que toman y, como resultado de esto, en algunas circunstancias, ellos terminan bebiendo alcoholes de ínfima calidad o industriales, lo cual los daña de inmedia-

to. Por ejemplo: los casos de ceguera por beber alcohol industrial en nuestro país no son pocos. Otra posibilidad es que ellos, después de ser rechazados por gorriones, opten por otros medios para conseguir bebida: primero se robarán las botellas que hay en sus casa, luego comenzarán a robar dinero a sus familiares y, luego de que la necesidad de consumir sea ingobernable, optarán por otras actitudes aún más peligrosas: asaltar a quien se encuentren, prostituirse o mendigar.

Se bien que es muy posible que en este momento estés pensando: “nada de esto me pasará a mí”, pero también valdría la pena que, cuando menos por un instante, te preguntarás acerca de lo que creyeron los jóvenes de tu edad que terminaron muertos en un accidente, en lo que pensaron los que fueron lesionados en una riña, en lo que supusieron los que contrajeron enfermedades incurables o lo que descubrieron los que –después de algunos crímenes– terminaron en la cárcel. Ellos, te lo puedo asegurar, pensaron lo mismo que tú: “eso no me va a pasar a mí”, aunque, estás de acuerdo conmigo, se equivocaron de cabo a rabo y terminaron destruyendo sus vidas.



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



VIII.

Atención del alcoholismo en jóvenes desde el IMJUVE

Lic. Miguel Ángel Carreón Sánchez*

* Director General del Instituto Mexicano de la Juventud.

La reflexión en torno al consumo nocivo del alcohol asociado con la juventud y las formas en que se ha atendido y se atiende esta relación para disminuir los riesgos asociados, no se debe centrar en acciones asistencialistas y prescriptivas con esquemas de salvación de los jóvenes de sí mismos, ni con criterios homogeneizantes que simplifican la complejidad cultural de los significados y usos sociales de las sustancias legales sin consideraciones a la diversidad juvenil y sus nichos culturales. Los nichos son espacios referenciales donde el consumo cobra el más profundo significado y simbolismo para el objetivo de la reducción de daños asociados al consumo nocivo y donde los jóvenes desempeñan el papel protagónico esencial en la configuración de soluciones viables.

La experiencia vivida con drogas en épocas y lugares diferentes, nos ofrece un banco de datos sobre el modo como el hecho de ser legales, ilegales o ajenas a cualquiera de esos estatutos influyó sobre su producción y consumo.* El hecho del consumo nocivo de alcohol se muestra como la preocupación epidemiológica central en las actuales condiciones económicas, políticas y sociales que la presencia juvenil demográfica y socioculturalmente enfrenta en nuestro país, para ello el desarrollo reflexivo de las siguientes evidencias que comportarán la guía del presente documento en la atención a dicha problemática desde el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE).

LA EVIDENCIA JUVENIL

México cuenta con una población joven de representación histórica sin precedentes, según la Encuesta Nacional de Juventud 2010 (ENJ 2010), habitan en el país 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 29 años de edad, lo que destaca un universo de mujeres de 50.8% correspondiente a 18.4 millones y 49.2% con 17.8 millones de hombres.

Dicha condición juvenil reclama la participación del Estado y de la sociedad civil en un acto único de brindar garantías por condiciones y oportunidades orientadas al desarrollo integral de los mismos y su impacto en el desarrollo del país. Las problemáticas sociales condensadas en la población juvenil se manifiestan diversificadas por los intereses de quienes activamente buscan, no sólo ser sujetos de derechos, sino actores sociales capaces de apropiarse de su realidad social y reivindicar su condición ciudadana en el acto constante de la resignificación de los espacios públicos y la transformación de los mismos como espacios de expresión diferenciados.

Así, el acto reflexivo de la evidencia cobra sentido al destacar que la realidad juvenil no es sólo una población vulnerable que espera apoyo institucional, toda vez que cuando se parte de la premisa de que mejorar la calidad de vida de los jóvenes es responsabilidad, por un lado, del gobierno –en to-

* Antonio Escotado Traducción: Carlos E González. Versión original publicada en *Drogas, hegemonía do cinismo de Melo Ribeiro M. y Seibel S. Memorial, San Pablo, 1997.*

dos sus niveles– y, por otro, de empresas, agentes sociales y de los propios jóvenes, el análisis debe trasladarse a este terreno, al de la corresponsabilidad.[†]

Previo al desarrollo argumentativo de las condiciones que vinculan a la juventud con el consumo particular del alcohol, y las acciones ejecutadas desde el IMJUVE, es importante precisar y apuntalar la evidencia primaria con los argumentos suficientes para despejar prejuicios y destacar ante los lectores la importancia del sector juvenil y la incorporación de la perspectiva de juventud en torno a dicha problemática.

El argumento reflexivo del boom juvenil señala que “los jóvenes han sido una piedra de toque (y a menudo “la” piedra de toque) en lo que se refiere a los mil y un problemas y retos que se han ido planteando. Han sido unos años en los cuales casi todo el mundo –personas e instituciones– ha vivido inmerso en una verdadera obsesión juvenil. Esta obsesión ha adquirido formas diversas y [...] no siempre ha sido protagonizada por los mismos jóvenes. Sino todo lo contrario”.[‡]

Es decir, la juventud se ha convertido en uno de los grandes referentes mitológicos de nuestra cultura. Ya hace muchos años que encontramos a los jóvenes detrás de todos los grandes problemas que preocupan a la opinión pública: el paro, la crisis de valores, los movimientos revolucionarios, la adicción a las drogas... [legales e] ilegales, los movimientos sociales, la inseguridad ciudadana, el nivel

y la calidad de la enseñanza, las actividades de tiempo libre, el llamado consumo cultural, etc.

Los jóvenes han pasado a ser un punto de referencia inagotable del discurso público, del institucional y de los medios de comunicación y, naturalmente, de la publicidad. Pero su omnipresencia como referente social no ha sido exclusivamente ideológica: alrededor de la juventud se han construido infinidad de modas, productos, servicios, formas de vida y de comportamiento.

La realidad juvenil es un complejo encuentro con las condiciones históricas y culturales necesarias para confrontar las reiteradas generalidades discursivas en torno a los comportamientos que las y los jóvenes despliegan con sus referentes generacionales y las instituciones conformadoras de su propia imagen colectiva, dando pie a las configuraciones identitarias que eventualmente se convierten en los referentes taxonómicos de la comprensión juvenil.

En este sentido, la importancia de recurrir a la visión desestigmatizante de las y los jóvenes, para hablar de los consumos nocivos de drogas, lo anterior tiene el fin de desacralizar los argumentos ordinarios sobre lo juvenil y reivindicar los argumentos expresados desde lo juvenil.

LA EVIDENCIA DE LA “PROBLEMÁTICA”

La política vigente en materia de atención al uso nocivo de alcohol se apoya en el peso específico de

[†] Jóvenes y seguridad nacional: corresponsabilidad en la acción. Miguel Ángel Carreón Sánchez, Director General del Instituto Mexicano de la Juventud. Ponencia.

[‡] Tomado de http://www.mercaba.org/FICHAS/H-M/de_que_hablamos_cuando_hablamos.htm. 5 de marzo de 2012

los daños a la salud, soportado por los saberes de profesionales en la materia.

A este respecto, la información que prevalece en las acciones realizadas por las distintas instituciones, versa en concordancia con las correspondientes cifras procedentes de aquellos que de forma clara construyen los discursos sobre “los jóvenes que consumen”. Si bien aquí se consideran dichos elementos cuantitativos para iniciar la discusión, lo que se intenta es confrontar “el dato” para provocar su análisis y su reflexión en torno a las variantes que en él permanecen poco discutidas y que son de enorme relevancia en la comprensión – si se quiere lograr esto– integral sobre el consumo del alcohol.

Los jóvenes son el sector poblacional con el mayor índice de consumo de alcohol, según la Encuesta Nacional de Adicciones 2008; tanto en hombres como en mujeres el grupo de edad que representa los niveles más altos es el de 18 a 29 años, en contraste, los niveles descienden conforme aumenta la edad. Se resalta pues el vínculo existente entre juventud y consumo, así como la ruptura entre adultez y consumo, posteriormente se crea la necesidad de deshacer estos vínculos y rupturas para incluir otras posibles asociaciones que permitan desmitificar el consumo por parte de todos los jóvenes desde el uso nocivo y sus consecuencias aledañas.

El uso de las drogas tiene vastos significados y representaciones que no pueden ser limitados al es-

tigma y a la coerción, más allá de eso, es necesario involucrarse –desde luego– de forma cautelosa para comprender la forma de proceder ante el consumo nocivo del alcohol, trasladándose de la perspectiva que se centra en el individuo para comprender los múltiples actores implicados, así como las diversas situaciones personales y sociales⁵ que también inciden.

La edad se presenta como una cuestión central a considerar, pero no de forma aislada, sino en la relación con otras variables como la disposición de las drogas, las nuevas problemáticas y la perspectiva de género (que conlleva a reconocer como las nuevas formas de relación construidas entre hombres y mujeres, así como el acceso de éstas a espacios –físicos y simbólicos– antes vedados repercuten en la incursión al consumo).

Según el CENAPRA 2007^{II} desde los 15 años 10% de los jóvenes consumen alcohol, y a los 19 años la prevalencia en el consumo asciende a 31%. Asimismo, entre 1998 y 2002 se presentó un incremento en el índice de consumo de alcohol por parte de los adolescentes con edades entre los 12 y 17 años que va de 27 a 35% en varones y de 18 a 25% en mujeres (*Figura 1*).

La mitad de los jóvenes reportó haber probado alguna vez en su vida el alcohol en comparación con el año 2005, siendo significativo el aumento que se presentó en el consumo en las mujeres quienes pasaron de 32.1 a 45.6%.

⁵ Lo social, implica lo económico, lo político, lo cultural y lo ambiental.

^I Diagnóstico Nacional de Accidentes de Tránsito. Centro Nacional para la prevención de Accidentes.

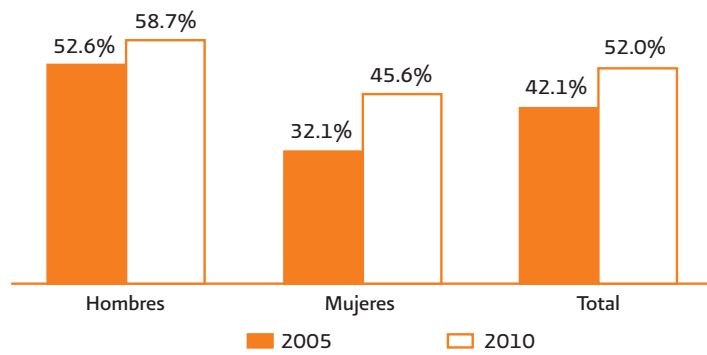


Figura 1. Porcentaje de jóvenes entre 12 y 29 años por género que ha tomado alguna vez bebidas alcohólicas. Tomado de la Encuesta Nacional de Juventud 2010.

Como puede observarse, la edad en las discusiones sobre el consumo es siempre un elemento fundamental, pero más allá de eso, cabe preguntarse por las ventajas, aportes y formas en que se utiliza este tipo de información en las acciones desarrolladas. ¿Qué otras variables –además del inicio del consumo a temprana edad y su notable ascendencia de la adolescencia a la juventud– podrían señalar estos datos?

Quizá deba considerarse –aunque parezca obvio– que no se es joven *ipso facto*, puesto que anterior a la edad de los 15 años se encuentran otros periodos del ciclo vital que configuran la historia personal y que por supuesto inciden en las decisiones que toma una joven o un joven para consumir o no de forma nociva cualquier droga. En este sentido, la relación unidireccional entre la edad de consumo y la juventud, una vez más se muestra lineal y poco convincente.

Así entonces, la preocupación por la iniciación del consumo cada vez más a corta edad debe trasladarse a la información que circula en los medios de comunicación y que sugieren los beneficios del consumo del alcohol. Esta información sumada a los imaginarios contruidos alrededor del estilo de vida de individuos con poder, la riqueza y el confort crean en muchos adolescentes y jóvenes sueños que suelen ser buscados por encima de los riesgos colaterales.

Tomando en consideración que las drogas legales mayormente consumidas por las personas en México

son el alcohol y el tabaco,** es pertinente preguntarse cómo actuar frente al consumo de estas sustancias, cuando se conoce que el alcohol –sustancia legalizada y también legitimada a partir del consumo de los adultos– favorece el uso de diferentes drogas ilegales y los problemas emocionales de los jóvenes^{††} y representa, con 19.2%, la principal sustancia que motiva la demanda del tratamiento.^{‡‡}

Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud, en México la cirrosis es la cuarta causa de mortalidad general, mientras que los accidentes de tránsito (en los cuales el alcohol estuvo involucrado en una alta proporción), constituyen una de las principales causas de muerte en jóvenes; asimismo, el uso nocivo de alcohol representa alrededor de 9% del peso total de la carga de enfermedad, debido principalmente a su impacto sobre problemas crónicos de salud.

En esa medida, es importante resaltar que la labor preventiva no se acota a los jóvenes para reducir las consecuencias del uso nocivo del alcohol, sino de retomar la perspectiva integral con las figuras parentales y las redes sociales que comprenden el mundo juvenil. Es necesario mencionar ciertas reflexiones, el consumo tiene un carácter de clase, puesto que las cifras señalan que 60.3% de los jóvenes que consumen pertenece a un nivel socioeconómico medio bajo;^{§§} este dato indica la necesidad de diferenciar las acciones, principalmente sobre las condiciones que cada realidad juvenil presenta y focalizar la especificidad para encaminar la resignificación del consumo de drogas y de los mis-

** Encuesta Nacional de Adicciones.

†† Encuesta Nacional de Adicciones. 2008.

‡‡ Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) México 2009. Centros de Integración Juvenil.

mos jóvenes como actores sociales y no como sujetos pasivamente contruidos e intervenidos.

A continuación se esgrimen cifras que destacan algunos de los efectos secundarios indirectos que se relacionan con el consumo de alcohol entre la población juvenil. Según el Consejo Tutelar de Menores de los actos delictivos ejecutados, 72.1% fueron robos, seguido de la posesión de armas con 33.5%, donde 24.3% de la población admitió estar bajo los efectos de alguna droga. Asimismo, 68.1% de los menores infractores entrevistados refirieron el consumo habitual de drogas, siendo la marihuana la sustancia más reportada con 35.0%, seguida del alcohol con 29.8% y el tabaco con 27.3%.

Las cifras de la Secretaría de Salud señalan que la primera causa de muerte en los jóvenes son los accidentes automovilísticos y que en 52% de los casos reportados hubo consumo de alcohol u otra droga. De igual forma, los accidentes de automotor y riñas representan la segunda causa de invalidez total y parcial en jóvenes donde más de la mitad de éstos se produjeron bajo los efectos de alguna droga.

En el mismo tenor, según el Diagnóstico Nacional de Accidentes de Tránsito 2007 del Centro Nacional para la prevención de Accidentes (CENAPRA), 44% de las personas que han intentado suicidarse han bebido alcohol antes del intento y 23% de las defunciones por accidentes de tránsito con conductores intoxicados ocurren a jóvenes entre 15 y 24 años de edad.

Este panorama evidencia no sólo las consecuencias del abuso del consumo de alcohol en los jóvenes, sino también la forma en que este tipo de información influye en el manejo que las instituciones sociales hacen del consumo y, en consecuencia, la forma en que se diseñan los programas que desarrollan. Según la Encuesta Nacional de Juventud (2005) respecto a los problemas que como grupo etario enfrentan los jóvenes, para 70.8% de ellos el principal problema que tienen son las drogas y el alcohol, seguido de la falta de empleo (28.3%), los problemas del país en general (17.5%), la violencia (15.7%) y las oportunidades para estudiar (14.5%).

LA EVIDENCIA INSTITUCIONAL

Responsabilidad del gobierno: prevenir las adicciones y fortalecer el tejido social

La mejor forma de combatir ciertas problemáticas juveniles, como la violencia, las adicciones y las amenazas a la juventud es anticipándose a ellas. Corrientes teóricas sobre seguridad pública afirman que el contexto en el que vive una persona incide directamente en sus probabilidades de delinquir. De esta forma, la familia, el lugar de residencia y las relaciones sociales, entre otros elementos, influyen en las decisiones delincuenciales que toma una persona.

Por ello, el gobierno no sólo debe colocar en el centro de sus políticas públicas a la persona, sino considerar lo que a ésta rodea. En el caso de los jóvenes, el reto del gobierno es doble: prevenir las

adicciones, en este caso el consumo de alcohol, y fortalecer el tejido social, de tal forma que no sólo se evite el contacto de esta población con sustancias nocivas, sino que las condiciones de desarrollo de los jóvenes les favorezcan su crecimiento y desarrollo integral.

Precisamente el Plan Nacional de Juventud 2008-2012 prevé el fortalecimiento al tejido social en la definición de sus objetivos. En él se asientan los ejes y líneas de acción que la política transversal de juventud debe atender para resolver los problemas públicos que atañen a los jóvenes mexicanos. En esencia, los objetivos buscan favorecer el desarrollo integral de los jóvenes, así como favorecer su integración y participación en la vida pública.

De esta forma, para los jóvenes de México existen muy diversas iniciativas y programas públicos que contribuyen al fortalecimiento del tejido social: políticas orientadas a garantizar el acceso a los servicios públicos de salud y a oportunidades educativas. Hay otros programas que están dirigidos a los jóvenes que buscan emprender un negocio, para aquellos que desean promover la participación social. Existen estímulos y premios para lo más destacado de la juventud mexicana. En resumen, se cuenta con una amplia oferta de programas públicos dirigidos a los jóvenes y es a través de éstos como el gobierno federal contribuye al fortalecimiento del tejido social. Sin embargo, la responsabilidad de ello es y debe ser compartida.

Los jóvenes son actores estratégicos para la configuración de soluciones viables que contribuyan a

su propio desarrollo, particularmente ante el consumo del alcohol, otras sustancias psicoactivas, violencia y situaciones de riesgo asociadas.

Al respecto, el Instituto Mexicano de la Juventud ha dispuesto una serie de acciones orientadas al empoderamiento de las y los jóvenes con el fin de potenciar los factores de protección para la toma de decisiones responsables, con los cuales se genere una prevención de conductas de riesgo.

Entre las actividades desarrolladas se pueden mencionar:

- Talleres de prevención de adicciones, violencia, equidad y perspectiva de género.
- Pláticas informativas.
- Conferencias.
- Elaboración de recursos educativos e informativos.

Además, se realizan los servicios de intervención en crisis con las acciones de contención y derivación de las y los jóvenes y sus familias ante situaciones de riesgo y problemáticas a las que se enfrentan, a través de un directorio de instituciones especializadas.

Cada una de estas acciones y esfuerzos ayudan de manera directa e indirecta a la salud de los jóvenes, así como a su desarrollo integral, ya que se logra con ello la adquisición de habilidades sobre el manejo de riesgos ante el consumo de drogas legales como el alcohol y la resolución de conflictos, además de fortalecer la relación entre padres e hijos.

Cada ciudad tiene un contexto social que requiere de un abordaje diferente y específico. En este sentido, el Instituto Mexicano de la Juventud, a través de sus áreas, contempla diversas acciones educativas no formales que brindan herramientas de autocuidado para la toma de decisiones responsables y la disminución de conductas de riesgo. Ello fortalece a las y los jóvenes mexicanos en las experiencias concretas de 25 ciudades del país en donde se disminuyen las probabilidades de que las y los jóvenes se involucren en conductas violentas que les deriven en conflicto con la ley, así como el desarrollo de conductas delictivas para satisfacer el consumo personal de sustancias.

La integralidad del Programa Nacional Juvenil para la Prevención de Adicciones (PREVEA), contempla un abordaje interdisciplinario para la reducción de los factores de riesgo presentes en los siguientes ámbitos:

- Psicológicos y emocionales.
- Socioculturales y económicos.
- Psicofisiológicos.
- Psicosociales.

Las acciones específicas son ejecutadas en diversos contextos de las y los jóvenes como:

- La familia.
- La comunidad.
- Las Instituciones educativas y recreativas.

Entre las activaciones psicoeducativas destacan:

- **Contenidos y materiales educativos e informativos:** Postales, folletos, calcomanías o tarjetas adheribles, portavasos, folletos, dípticos, trípticos, manuales, juegos de mesa, posters, artículos editoriales y seguimiento al foro de prevención en el portal poder joven, y proyecciones audiovisuales.
- **Cursos y Talleres de Capacitación:** Se desarrollan cursos-talleres para facilitadores, promotores y personas comprometidas, personal y profesionalmente al combate y a la prevención de adicciones, violencia y conductas de riesgo asociadas.
- **Pláticas y Conferencias:** Impartición de conferencias, pláticas informativas y de sensibilización a jóvenes, padres de familia, profesionales, docentes y público en general sobre los temas diversos relacionados con las problemáticas de salud y seguridad pública presentes en las diversas comunidades.
- **Foros y Cine Debates:** Organización de foros y cine-debates, donde las y los jóvenes expresan sus opiniones y puntos de vista sobre inquietudes respecto a su salud y seguridad. Dichas actividades posibilitan la percepción de riesgo ante el consumo de sustancias y conductas de riesgo, resaltando la importancia del desarrollo de habilidades sociales indispensables en el autocuidado.

- **Coordinación y vinculación interinstitucional:** Coordinación y vinculación interinstitucional para la elaboración de estrategias y acciones para la prevención de adicciones como son: campañas, jornadas, exposiciones, stands informativos, capacitaciones, mecanismos de atención, de implementación, de difusión y de distribución de materiales educativos e informativos.
- **Canalización:** Se proporciona el servicio de atención u orientación psicológica, informativa y/o legal, con el objeto de canalizar a los usuarios a instituciones especializadas que más se adecuen a las necesidades e inquietudes de los usuarios. Este servicio cuenta también con la aplicación de tamizajes, y es anónimo y confidencial.
- **Campañas:** Sumamos esfuerzos en las campañas que se organizan a nivel mundial y nacional, por ejemplo, el 31 de mayo “Día Mundial sin Tabaco”; 26 de junio, “Día Internacional Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas”; 8 de marzo, “Día Internacional de la Mujer”; 25 de noviembre, “Día Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer”, entre otros.

Asimismo, se desarrolla la Estrategia Nacional de Información Integral Conciencia 0-100 “Si tomas, no tomes el volante”, que tiene como objetivo primordial incidir en la disminución de accidentes automovilísticos derivados del consumo de alcohol y otras drogas. Esta estrategia incluye activaciones educativas entre las que se encuentran caravanas juveniles estatales y foros juveniles estatales en diferentes ciudades de la República Mexicana, además de la capacitación de las y los representantes del personal de salud juvenil de las instancias estatales de juventud.

Con el ejercicio de estas acciones se logran visibilizar los factores de riesgo que permiten a las y los jóvenes fortalecer su protección frente a la posibilidad de involucrarse en delitos, acciones criminales y conductas violentas. Todo esto ha permitido generar una mayor percepción del riesgo para coadyuvar en el comportamiento juvenil orientado a su desarrollo integral.

Particularmente la Estrategia Nacional Conciencia 0-100 es el esfuerzo central para la atención a jóvenes y el consumo de alcohol con las especificidades que a continuación se describen:

a) Sobre la estrategia:

Consiste en el desarrollo de acciones de información integral para la prevención de conductas de riesgo, adicciones y accidentes automovilísticos asociadas al uso nocivo de alcohol y otras drogas, a través de la promoción del autocuidado, hábitos responsables y toma de decisiones asertivas, a fin de favorecer el óptimo desarrollo de la salud física y mental de la población juvenil.

Lo anterior implica activaciones psicoeducativas por medio de la vinculación y coordinación interinstitucional con los tres niveles de gobierno. Incluye a las instancias estatales de la juventud y además cuenta con la participación activa de las y los jóvenes, padres y madres de familia, así como promotores juveniles y del sector salud, como son:

- **Foros estatales** juveniles.
- **Cursos de capacitación** en tema de prevención de adicciones.
- **Caravana** Nacional de Información Conciencia 0-100.
- Distribución de material educativo e informativo sobre las consecuencias del abuso en el consumo de alcohol, los daños asociados al consumo y abuso de sustancias ilegales.
- Red Social Interinstitucional exclusiva para la difusión, promoción y seguimiento permanente de la Estrategia.
- Orientación y apoyo profesional para la prevención y atención de las adicciones, conductas de riesgo a jóvenes y familiares.
- Diseño, desarrollo y ejecución de activaciones psicoeducativas basadas en la experiencia interinstitucional; lo anterior a través de stands, conferencias, mesas de trabajo, talleres, bolsa de trabajo, actividades artísticas

y culturales, así como la promoción del emprendedurismo.

b) Sobre foros estatales:

Los foros estatales son un conjunto de actividades que requieren de la participación activa y propositiva de jóvenes estudiantes e interesados en intervenir de manera activa en la expresión, discusión y debate de diversos temas en el ámbito social, político, ambiental, cultural y educativo. Esto, con el fin de generar estrategias específicas que impulsen la articulación de políticas públicas que permitan mejorar las condiciones necesarias para el desarrollo integral de la población juvenil por medio de los espacios competentes.

Dichas actividades propician un espacio de diálogo entre jóvenes, autoridades y especialistas en diversos temas relacionados con problemáticas sociales, y se orientan a generar propuestas concretas que servirán de base para generar políticas públicas.

c) Sobre los materiales educativos:

Con el objetivo de fortalecer el mensaje sobre la prevención de accidentes derivados del consumo de alcohol, se llevó a cabo la gestión del diseño e impresión de materiales educativos como:

1. **Alcoholemia:** Hoja descriptiva.
2. **Los accidentes de tránsito:** Cuadrítico.
3. **Menos riesgo, mayor diversión:** Cuadernillo.

d) Sobre los materiales promocionales:

En función de reforzar el mensaje de la ENC O-100, se planearon y elaboraron materiales promocionales como:

1. Pulseras.
2. Portavasos.
3. Blusas, camisas y playeras.

e) Sobre los alcoholímetros:

Modelos Personales:

Contenido del instructivo:

- Sobre la forma de encendido y utilización.
- Sobre los resultados.
- Características del alcoholímetro.
- Aspectos importantes a considerar sobre el cuidado del alcoholímetro.
- Concentración del alcohol y sus efectos.
- Límite de alcoholemia legal en México.
- ¿Qué afecta el nivel de la concentración de alcohol en la sangre?
- Bebida estándar.
- Antes de conducir recuerda.
- Un bebedor responsable (características).

Modelos profesionales: modelo AlcoHAWK PT750.

El modelo AlcoHAWK PT750 es un alcoholímetro evidencial con memoria, conectividad a PC a través de su Software AlcoSoft e impresora inalámbrica. Su menú de ope-

ración permite al usuario realizar fácilmente múltiples ajustes de acuerdo con la preferencia del usuario o bien a la legislación local en caso de los operativos de tránsito y vialidad.

g) Vehículos:

Como parte de la caravana Conciencia O-100, se consideró rotular vehículos con la imagen de la Estrategia.

1. Camión IMJUVE Mercedes Benz 2007.

Equipamiento:

- Sala tipo lounge con mesas de centro para ocho personas.
- Tres pantallas planas de 21".
- Un reproductor de DVD.
- Palomera.
- Frigobar.
- Minicomponente para audio.
- Simulador de impacto (estructura básica de hierro con columpio).
- Planta eléctrica.

Función:

El interior del camión cuenta con un espacio idóneo para llevar a cabo diversas actividades educativas de manera dinámica. Proyección de los recursos audiovisuales de la ENC O-100: video de lanzamiento y material "Adicto a la Vida", que fue distribuido en Cinemapark, y Cinépolis.

La dinámica consta de convocar a grupos de aproximadamente 15 personas en los lugares de activación, para subirlas al camión en intervalos de tiempo máximos de 15 minutos, donde las personas reciben información de las activaciones educativas.

La participación de las personas es clave para el éxito de la campaña, por lo que se les invita a dialogar y recrear la experiencia en el simulador de choques, el cual es un reforzador de la información proporcionada tanto en materiales impresos como en las proyecciones audiovisuales. El material incluye cuadrático, folleto, alcoholímetro y pulseras, y en algunos casos, playera de la campaña.

g) Estadísticas.

Indicadores

En el marco del desarrollo de actividades informativas y educativas comprendidas en la ENC O-100 “Si tomas, no tomes el volante” es posible elaborar una valoración estimada del impacto de esta estrategia en la población a través de los siguientes indicadores:

I. **Población informada.** Corresponde al total de población atendida e informada por especialistas, profesionales y voluntarios que conformaron el equipo de trabajo de la ENC O-100 (*Cuadro I y Figuras 2 y 3*).

A éstos se les proporcionó información vinculada a la prevención de accidentes derivados del consumo de alcohol u otras sustancias, sus riesgos y consecuencias. Aunado a ello se proporcionaron diversos recursos materiales informativos y educativos antes descritos en el presente informe:

- Alcoholemia.
- Cuadrático “los accidentes de tránsito”.
- Cuadernillo “menos riesgo, mayor diversión”.
- Alcoholímetro personal e instructivo de uso (como recurso didáctico reforzador del mensaje de la ENC O-100).
- Materiales promocionales: pulseras, portavasos, postales y playeras (como reforzador a personas que se ofrecían para ser parte de dinámicas como pruebas de alcoholímetro utilizando el dispositivo profesional, pruebas en el simulador de impacto y ejercicios diversos).

II. **Población objetivo orientada.** Corresponde a las y los jóvenes entre 12 a 29 años, a quienes además de brindarles información y haber entregado los diversos materiales informativos y educativos, se les brindó atención especializada por parte de alguno de los profesionales que conformaron el equipo de trabajo de la ENC O-100 (*Cuadros II y III, Figura 4*).

III. **Familiares orientados.** Corresponde a la población adulta que pasa el rango de 29 años y quienes identificamos como padres, madres, abue-

Cuadro I. Edad promedio del total de personas informadas.

Estados	Edad promedio de personas informadas
Hidalgo	24.6
Queretaro	23
Leon	27
Guadalajara	27.2
Distrito Federal	29.3
Edad promedio	26.22

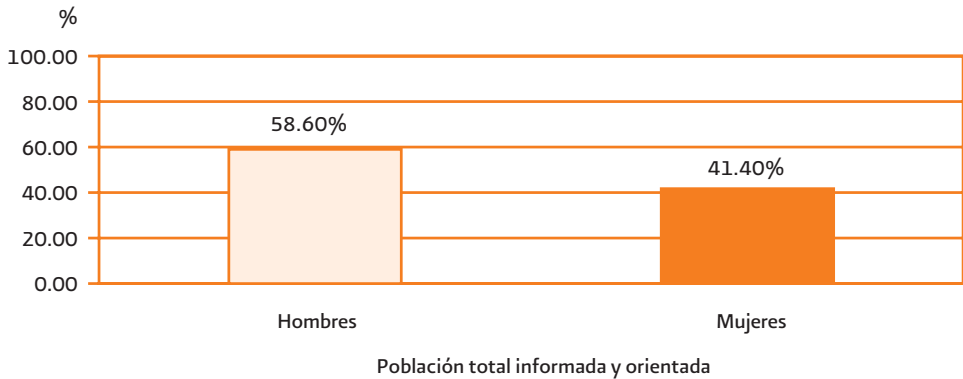


Figura 2. Total de hombre y mujeres informados.

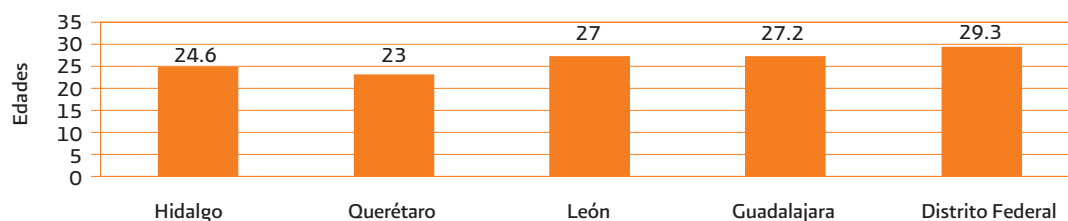


Figura 3. Edad promedio de personas informadas.

los y demás familiares con jóvenes en sus núcleos familiares interesados en la información brindada por la ENC O-100. Se les proporcionó un kit de recursos informativos y educativos, así como orientación especializada (*Cuadro IV y Figura 5*).

- IV. **Personas capacitadas.** Corresponde a las y los jóvenes, autoridades que trabajan directamente con jóvenes así como padres de familia que participaron en los diversos cursos de capacitación y mesas juveniles de trabajo en donde se llevaron a cabo diversas discusiones y reflexiones en torno a temáticas de interés social actual.
- V. **Jóvenes participantes.** Representan a las y los jóvenes estudiantes universitarios, egresados de carrera y especialistas voluntarios en sumarse a llevar a cabo una serie de actividades contempladas en la ENC O-100 (*Cuadro V y Figura 6*).

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Corresponsabilidad entre gobierno y jóvenes: camino hacia la paz

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el bono demográfico es el fenómeno en el que la población en edad de trabajar es mayor que la dependiente –niños y adultos mayores–, y por tanto el potencial productivo de la economía es mayor en tanto que es un factor que posibilita el desarrollo del país.

El reto que tiene México, dado el gran tamaño de su población juvenil –hecho que no tiene precedentes–, es inmenso. Hoy tenemos en nuestro país a muchos jóvenes bajo nuestra responsabilidad: se trata de 36.2 millones de personas a quienes hay que garantizar su pleno derecho a la salud, a la educación, al empleo; para quienes hay que abrir más espacios –y de mejor calidad– de participación en la transformación de su entorno inmediato.

Cuadro II. Edad promedio del total de jóvenes informados.

Estados	Edad promedio de jóvenes informadas
Hidalgo	24.7
Queretaro	21
Leon	23
Guadalajara	21
Distrito Federal	23
Edad Promedio	22.54

Cuadro III. Por edad.

Edades	Total de jóvenes orientados de 12 a 29 años
12	8
13	9
14	16
15	24
16	44
17	63
18	203
19	170
20	204
21	202
22	213
23	195
24	196
25	148
26	140
27	119
28	126
29	79

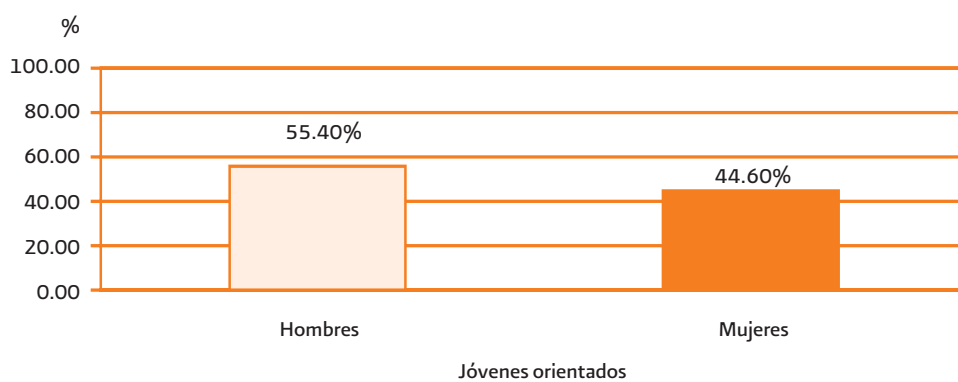


Figura 4. Total de jóvenes orientados de 12 a 29 años: 2,159.

Cuadro IV. Total de familiares orientados.

Estados	Familiares orientados
Hidalgo	63
Querétaro	53
León	127
Guadalajara	242
Distrito Federal	543
Total	1028

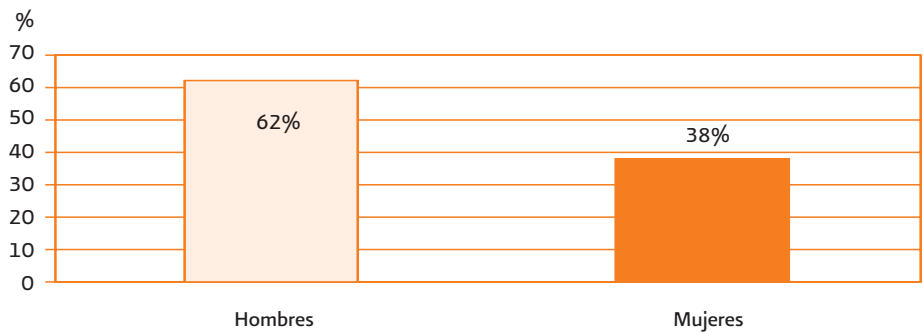


Figura 5. Familiares orientados.

Cuadro V. Total de jóvenes participantes.

Estados	Jóvenes participantes
Hidalgo	11
Querétaro	13
León	12
Disrtrito Federal	16
IMJUVE	24
Total	76

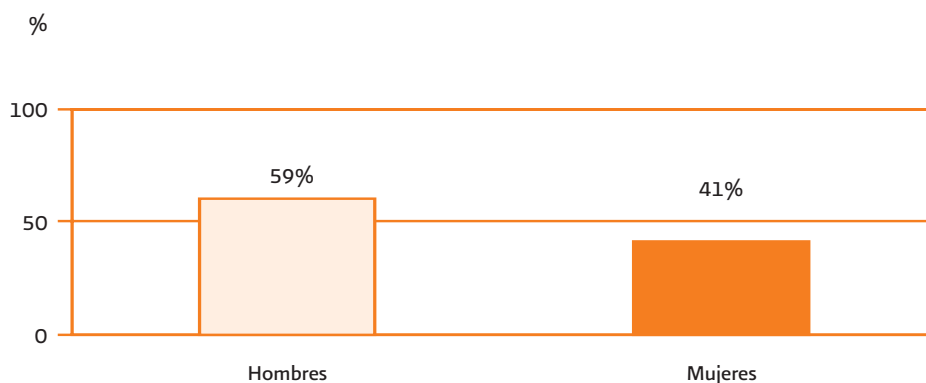


Figura 6. Jóvenes participantes.

Es natural que hoy continúen existiendo retos. El gobierno federal los asume para beneficio de todos los jóvenes mexicanos. Pero este trabajo es competencia de todos los niveles de gobierno, estatal y municipal; es compromiso de legisladores y líderes sociales, de empresarios, de organizaciones religiosas y de la sociedad civil. La juventud es responsabilidad de todo el Estado mexicano y somos todos los involucrados con la juventud, directa o indirectamente, quienes tenemos el deber de asumir el compromiso particular antes de que el tiempo pase su factura.

En correspondencia, los jóvenes tienen la misión de participar en su entorno y convertirse en transformadores de su realidad inmediata. Contamos con

que cada uno de los 36.2 millones de jóvenes mexicanos se convierta en embajador de la salud, de la educación y del empleo en su entorno; debemos confiar en que tenemos 36.2 millones de embajadores de la dignidad humana, de la solidaridad y la justicia.

La violencia juvenil y la responsabilidad gubernamental

El tema de la violencia se encuentra hoy en la agenda juvenil por reflejar ésta un umbral en la afectación del vínculo social, lo que implica un impacto en la sociedad y a los modos de convivencia social. Las soluciones son corresponsabilidad entre los sectores involucrados, lo que implica la determina-

ción de las acciones de cada sector representado por el gobierno en sus tres niveles y los propios jóvenes incluidos por los tomadores de decisiones como actores estratégicos del cambio y del desarrollo de sí mismos y del país.

De forma particular, las políticas públicas instrumentadas desde el IMJUVE han transitado de la concepción de los jóvenes como *problema y beneficiarios pasivos*, a participantes activos en la configuración de soluciones. Con ello se han debilitado las cadenas mediáticas de estigmatización juvenil y enfatizado el potencial creativo y de participación que caracteriza a este sector poblacional. Los programas que el IMJUVE desarrolla impulsan el debilitamiento de los actos de violencia, conductas de riesgo, consumo de drogas, sexualidad irresponsable y otros fenómenos que posibilitan la estigmatización de la juventud. La orientación de las acciones busca ir del enfoque simplista al de la promoción juvenil integral incluyente y participativa interdependiente.

Como afirma Ernesto Rodríguez, otros problemas relevantes son el *adultismo*, muchas veces acompañado de *juvenilismo*. Mientras el primero funciona sobre la base de la estructuración de respuestas a los problemas de la juventud, diseñadas e implementadas desde el mundo adulto y desconociendo las culturas juveniles, el segundo funciona con base a la idea de que las políticas de ju-

ventud son asunto exclusivo de los jóvenes. Ambos sesgos tienen vigencia en nuestro tiempo. Mientras el primero prevalece en diversas entidades públicas, el segundo lo hace en una amplia gama de movimientos juveniles. Ambos complican la dinámica de las políticas públicas de juventud, que deben funcionar sustentadas en la coparticipación de adultos y jóvenes, acción que busca fortalecer el IMJUVE en sus diversos programas y actividades a nivel nacional y en conjunto con las entidades estatales de juventud. Siempre será fundamental el protagonismo de los actores principales en los mundos juveniles: padres, madres, profesores y sociedad en general, además del joven mismo.

REFERENCIAS

1. Escohotado A. Traducción: Carlos E González. Versión original publicada en Drogas, hegemonía do cinismo de Melo Ribeiro M. y Seibel S. Memorial, San Pablo. (1997).
2. Carreón SMA. Jóvenes y seguridad nacional: corresponsabilidad en la acción. Director General del Instituto Mexicano de la Juventud. Ponencia.
3. García R. Las adicciones: del concepto a la reflexión crítica. En: Revista Liberaddictus (México) 2002.

MESOGRAFÍA

http://www.mercaba.org/FICHAS/H-M/de_que_hablamos_cuando_hablamos.htm consultado el 5 de marzo de 2012.

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



IX.

Estrategia para reducir el uso nocivo del alcohol en el Distrito Federal

Dr. Armando Ahued O,* M.A. Mendoza Meléndez,*** M. Patlan Briseño,**
G.R. Valdez Gonzales,*** E. Aguilar Bustos,*** M.A. López Brambila,*** R. Camacho Solís***

* Secretario de Salud del Distrito Federal.

** Secretaría de Salud del Distrito Federal.

*** Instituto Para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

INTRODUCCIÓN

Los problemas médicos relacionados con el consumo excesivo de alcohol constituyen uno de los problemas de Salud Pública más importantes tanto en los países industrializados como en los emergentes.¹ Más allá de la asociación entre alcoholismo y cirrosis hepática se ha ido reconociendo que el alcohol puede afectar gravemente a otros órganos y sistemas, entre ellos el sistema nervioso central, cardiovascular, gastrointestinal y respiratorio. Los efectos que el consumo de alcohol tiene sobre el cerebro facilitan la aparición de múltiples daños y enfermedades neurológicas de frecuente aparición, además la propia enfermedad adictiva. Los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas constituyen un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica cotidiana y su magnitud supone un grave problema para la salud pública en todo el mundo. Aunque existe una percepción social casi generalizada que concede mayores repercusiones negativas para la salud al consumo de drogas ilegales, lo cierto es que los datos muestran que el consumo de drogas legales ocupa los primeros lugares en cuanto a problemática para la salud derivada de su consumo.²

USO NOCIVO

En la Encuesta Nacional de Adicciones llevada a cabo por el Consejo Nacional Contra las Adicciones y otras instituciones,³ se reporta que las sustancias psicoactivas de tipo legal –el alcohol y el tabaco– son las que más daños y pérdidas gene-

ran, en parte porque son más toleradas y su uso es aceptado. Preocupa en particular el uso nocivo de alcohol, el cual ha aumentado en poblaciones vulnerables como mujeres y menores de edad.

El concepto de uso nocivo del alcohol abarca diversos aspectos del fenómeno de la bebida. Uno de ellos tiene que ver con el volumen ingerido; de los factores pronóstico de diversas enfermedades crónicas que guardan relación con la bebida, el más directo es la cantidad total de alcohol consumida a lo largo de varios años. Entre otros factores del mismo tipo están las características del consumo, en particular el hecho de beber ocasional o regularmente hasta la intoxicación; el contexto en el cual se bebe (que puede elevar el riesgo de traumatismos intencionales o no intencionales y de transmisión de enfermedades infecciosas, en especial de transmisión sexual) y la calidad de la bebida alcohólica o su contaminación con sustancias tóxicas.⁴

El consumo de alcohol puede clasificarse de acuerdo con la frecuencia y la cantidad que una persona bebe; regularmente esta cantidad se mide en términos de bebidas estándar o copas.³ Para fines del establecimiento de patrones de consumo se consideran equivalentes a un trago o copa: una botella o lata de cerveza de 330 mL, un servicio de pulque de 500 mL, un vaso de 120 mL de vino de mesa, un servicio de destilado (brandy, ron, whisky, vodka, ginebra, etc.) de 30 mL, una botella o “cooler” de vino de 300 mL y una copa o “farolazo” de 30 mL.

Se consideran *bebedores diarios* a quienes consumen diariamente al menos una copa de una bebida con contenido de alcohol. Los *bebedores altos* son aquellas personas que por lo menos alguna vez en la vida han consumido cinco o más copas en una misma ocasión, en el caso de los hombres, y cuatro o más copas en el caso de las mujeres. El *bebedor consuetudinario* es aquel que bebe diariamente y por lo menos una vez a la semana se toma cinco copas o más por ocasión. De acuerdo con el DSM IV⁵ se dice que una persona tiene *abuso de alcohol* cuando sus actividades académicas o laborales se ven afectadas por los efectos de la bebida, cuando bebe en situaciones peligrosas, cuando beber causa problemas legales, si se continúa bebiendo a pesar de conocer los problemas que esto acarrea, cuando el individuo presenta tolerancia, abstinencia o conductas compulsivas relacionadas con la bebida se considera que tiene *dependencia alcohólica*.

Según información publicada por el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*,⁶ entre los consumidores de alto riesgo están los hombres que consumen más de 14 bebidas en una semana típica o que consumen más de cuatro bebidas en cualquier ocasión y las mujeres que consumen más de siete bebidas en una semana típica o más de tres bebidas en cualquier día. Este tipo de bebedores son más proclives a sufrir situaciones adversas relacionadas con los efectos agudos del alcohol, además de que tienen mayores probabilidades de desarrollar enfermedades a causa de su consumo.

El concepto de uso nocivo de alcohol es amplio, incluye beber cualquier cantidad de alcohol por menores de edad y no sólo se refiere a las implicaciones a nivel personal, sino que implica también aquel consumo que tiene efectos sanitarios y sociales perjudiciales en el bebedor, en quienes lo rodean y en la sociedad en general, y que además implica pautas de consumo con consecuencias graves para la salud.⁷

EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa a nivel mundial 2.5 millones de muertes cada año; 320 mil jóvenes de entre 15 y 29 años de edad mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa 9% de las defunciones en ese grupo etario. Ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad, es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa, además de que está relacionado con muchos problemas de índole social y del desarrollo, tales como violencia, descuido y maltrato de menores y ausentismo laboral.¹

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008⁸ señala que 26.6% de la población encuestada en todo el país son bebedores altos, 5.3% consuetudinario, y 5.5% presentan abuso-dependencia. Por otro lado, señala que la cerveza sigue siendo la bebida preferida por la población (70%) seguida por los destilados (24%), mientras que la población restante

(6%) se reparte entre el vino de mesa, las bebidas preparadas, el pulque, otros fermentados, el aguardiente y el alcohol de 96°. Otro dato importante es que 16% de los encuestados reportó haber consumido alcohol no regulado. En México se calcula que el consumo de bebidas alcohólicas corresponde a 4.8 litros por persona mayor de 15 años no obstante, se estima un consumo adicional de medio a un litro de alcohol no regulado por persona en población mayor de 15 años de edad. Este consumo excesivo de alcohol ocurre tanto en ámbitos públicos como en lugares de convivencia.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 confirman que solamente .8% de la población refirió consumir diario por lo menos una copa, el patrón más común es el de grandes cantidades por ocasión. Casi 27 millones de mexicanos beben de ese modo, lo cual significa que aunque lo hagan sólo en determinadas ocasiones (fines de semana y fiestas) en éstas consumen grandes cantidades. Alrededor de cuatro millones de personas beben grandes cantidades al menos una vez por semana (bebedores consuetudinarios), aunque esta manera de beber es característica de la población masculina, se trata de una práctica que ha aumentado entre las mujeres, especialmente entre las adolescentes. Por cada mujer adolescente (12 a 17 años) que bebe de manera consuetudinaria hay dos adultas (mayores de 18 años) que lo hacen, mientras que entre los hombres se reporta un adolescente por cada cinco adultos. De manera general los niveles de consumo más altos para hombres y mujeres se registran en la pobla-

ción de entre 18 y 29 años. Poco más de cuatro millones de mexicanos cumplen con criterios de dependencia al alcohol. A pesar de que las consecuencias negativas del consumo de alcohol se suelen asociar al alcoholismo, es un hecho que en México las personas que lo sufren no son quienes generan más pérdidas, accidentes, enfermedades o conflictos sociales; el grupo que más lo hace es el de personas que lo consumen en exceso sin necesariamente ser alcohólicos, representan 9% del total de la enfermedad en México.⁹

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008⁵ en la Ciudad de México reporta que el consumo alto ocurre en 32% de la población, este consumo esta por arriba del promedio nacional en ambos sexos, igual que el consumo consuetudinario y abuso/dependencia en mujeres. El consumo diario para ambos sexos se encuentra por debajo de la media, para el consumo consuetudinario y abuso/dependencia también se encuentra por debajo del promedio en los hombres.

En la Encuesta de Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en la Ciudad de México 2009¹⁰ se halló que 71% de adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en la vida; de éstos 41% lo hizo en el mes previo a la encuesta. En cuanto al consumo por edad, la proporción de adolescentes de 14 años o menos que lo ha consumido alguna vez es 60% y entre quienes tienen 18 años o más es de 90%. Más de la mitad de adolescentes de 17 años bebió alcohol en el mes previo a la encuesta, y 39% consume alcohol de manera nociva.¹⁰ La edad de

inicio del consumo también ha ido disminuyendo, situación alarmante si se considera que un inicio temprano en el consumo de tabaco o alcohol incrementa mucho las probabilidades de consumir otras drogas.¹¹

DAÑOS DEBIDOS AL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL

El abuso de bebidas alcohólicas también representa un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, de diversos tipos de cáncer, para presencia de traumatismos intencionales y no intencionales (como los accidentes de tránsito), así como violencia y suicidio.⁷ Entre los costos sociales que representa este problema están el encarecimiento de los servicios médicos, pérdidas significativas en la productividad, accidentes y problemas con la justicia; además para el sujeto que consume en exceso implica dependencia económica, aislamiento social y pérdida de oportunidades de trabajo, con efectos negativos tanto para su familia como para la sociedad.¹² El grado de riesgo y daños que el uso nocivo de alcohol genera en la personas varía de acuerdo con características personales como edad, sexo, tolerancia al alcohol, situación o contexto en el que se bebe.⁷

De acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes,¹³ en la República Mexicana el uso de alcohol fue la novena causa de muerte entre la población de 35 a 44 años en 2006, destaca que la segunda causa de muerte en las personas de este mismo grupo de edad fueron la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. En el gru-

po de 45 a 54 la cirrosis y las enfermedades crónicas del hígado también fueron la segunda causa de muerte. La mitad de los percances automovilísticos se relaciona con el consumo de alcohol y se dan principalmente entre jóvenes.¹⁴ Según datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones,¹⁵ la quinta parte de las personas que murieron de manera súbita o violenta en México durante el año 2009 se encontraban bajo la influencia del alcohol (18%); casi todos (92%) eran hombres. Cada año en México mueren más de 15 mil personas en actos de violencia y más de 20 mil en accidentes de tránsito, por estos dos componentes se hospitalizan más de un millón 200 mil personas de las cuales 40 mil terminan con una discapacidad permanente, la mayor parte de estos eventos se encuentran asociadas con el uso de alcohol.¹⁴ El consumo de alcohol es la principal causa de accidentes automovilísticos en México y está detrás de 70% de las muertes que ocurren en las carreteras de este país; de las personas que son hospitalizadas por accidentes de tránsito 42% necesita servicios médicos al menos durante un año.¹⁶ En 9% de las muertes por accidentes en motocicleta el implicado se encontraba bajo efecto del alcohol.¹³ Según el Servicio Médico Forense en 2008 se registraron en la Ciudad de México 1,230 muertes por accidentes de tráfico de las cuales 43%, se relacionaron con el consumo nocivo de alcohol.¹⁶ La mayor parte se concentran durante los días de mayor consumo de alcohol: sábados, domingos y en las madrugadas de los lunes.¹⁶

Los ingresos a salas de urgencias por accidentes con niveles positivos de alcohol en sangre repre-

sentan 21%; el uso nocivo de alcohol incrementa en casi siete veces el riesgo de ingresar a un servicio de urgencias por traumatismo independientemente de su origen, incrementa 30 veces el riesgo cuando el ingreso está relacionado con violencia infligida y 58 veces cuando el ingreso es por violencia autoinfligida.¹⁷ En el Distrito Federal en 15% de las muertes de personas en edad productiva el implicado se encontraba bajo el efecto de alcohol, en la mayoría de los casos (54%) tenía entre 20 y 40 años de edad; destacan como las principales causas asfixia, accidentes automovilísticos, herida con arma de fuego, caídas, golpe con objeto contundente y herida con arma blanca.¹⁵ Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud las enfermedades hepáticas relacionadas con alcohol causan 4% de las muertes en el Distrito Federal y las muertes causadas por síndrome de dependencia al alcohol son 0.5%,¹⁸ la cirrosis hepática es la cuarta causa de muerte en la ciudad.¹⁶ El consumo de alcohol también tiene repercusiones a nivel emocional, se le ha asociado con un aumento de hasta 3.7 veces en la posibilidad de intento suicida en relación con los que no consumen, independientemente de la presencia de depresión.¹⁹

En el ámbito laboral también existen consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol. El abuso de alcohol es responsable de 9% de los días perdidos por problemas de salud en México, se incluyen a la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, dependencia del alcohol, accidentes de tránsito y homicidios.²⁰ La quinta parte de las lesiones en el trabajo se relaciona con la ingesta de

bebidas alcohólicas y se encuentra entre las diez principales causas de discapacidad entre los trabajadores, causas que afectan directamente la productividad del empleado con altos impactos indirectos a la empresa.¹⁷

El consumo nocivo de alcohol se asocia con dificultades frecuentes con la familia, peleas, problemas con la policía, detención de personas estando bajo los efectos del alcohol, problemas laborales y pérdida del empleo.³ Las mujeres que beben en niveles altos de alcohol se involucran seis veces más en peleas que las que beben en niveles bajos. Tanto hombres como mujeres que no beben alcohol presentan menos síntomas de depresión que quienes sí beben.²¹ Cuando las mujeres embarazadas consumen alcohol se puede presentar síndrome alcohólico fetal y complicaciones relacionadas con parto prematuro que perjudican la salud y el desarrollo de los neonatos.¹

Otro riesgo asociado con el alcohol está en relación con la violencia en términos de agresión física, sexual o psicológica o bien de abandono o negligencia; principalmente en mujeres, niñas y niños.²² Frecuentemente la violencia entre parejas ocurre en presencia del uso de alcohol, 13% de los hombres víctimas de violencia informaron que tanto el agredido como la agresora estaban bebiendo cuando ocurrió la agresión, 7% que sólo el hombre estaba bebiendo, 3% sólo la mujer agresora estaba bebiendo. Entre las mujeres víctimas de violencia 39% notificaron que el hombre agresor había estado bebiendo.²³

Adicionalmente, según datos no publicados por el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México resulta frecuente que se cometan delitos bajo los efectos del alcohol. Los internos del sistema penitenciario del Distrito Federal reportaron que cerca de 40% de los delitos se cometieron bajo efecto de sustancias psicoactivas, casi cuatro de cada cinco delitos fueron cometidos bajo el efecto de alcohol.²⁴

ESTRATEGIAS

Estrategias para limitar el consumo nocivo de alcohol

La Organización Mundial de la Salud en el año de 2008 se dio a la tarea de convocar a Estados Miembros para presentar propuestas sobre la manera de reducir el consumo nocivo de alcohol. A raíz de ello durante 2009 en México se realizaron varias reuniones en las que participaron las Secretarías de Economía; de Relaciones Exteriores y la de Salud a través del Consejo Nacional Contra las Adicciones, la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, así como la Dirección General de Relaciones Internacionales, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Centros de Integración Juvenil, representantes de la Iniciativa privada (empresas productoras de cerveza, vino y licores) y representantes de la sociedad civil; integrando así el documento que refleja la participación del país. Asimismo, México formó parte de la Reunión de la Región de las

Américas, en octubre de 2009. Las opciones de política y las intervenciones aplicables a nivel nacional se han agrupado en diez esferas de acción recomendadas, que se apoyan y complementan entre sí:⁷

- a) Liderazgo, concienciación y compromiso.
- b) Respuesta de los servicios de salud.
- c) Acción comunitaria.
- d) Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol.
- e) Disponibilidad de alcohol.
- f) Marketing de las bebidas alcohólicas.
- g) Políticas de precios.
- h) Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica.
- i) Reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal.
- j) Seguimiento y vigilancia.

Por lo tanto, México necesita una actualización y adecuación en su marco legal en materia de alcohol, acorde a la Estrategia Mundial aprobada en al 63a. Asamblea de la OMS, que considera las mejores prácticas que han sido aplicadas en otras.

Acciones implementadas en México actualmente

En cuanto al consumo nocivo de alcohol en México se ha elaborado el Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas que en su actualización 2011-2012,²⁵ el cual plantea diversas acciones en cuanto a prevención, tratamiento y

políticas públicas, así como en cuanto al fortalecimiento del sistema de vigilancia y de los vínculos de cooperación internacional.

En materia de prevención, dicho programa considera intervenciones en los ámbitos familiar, escolar, laboral y comunitario. En particular en el ámbito comunitario se contemplan intervenciones específicas para grupos vulnerables, tales como los migrantes y la población indígena. Adicionalmente se plantea el desarrollo de campañas que aprovechen los medios de comunicación a fin de difundir información relevante. Por medio del Sistema Nacional de Salud se ha planteado emprender acciones de detección, consejería y derivación; así como el establecimiento de un Centro de Orientación Telefónica que atiende las solicitudes de los usuarios en materia de adicciones.

En relación con el tratamiento se plantea fortalecer la calidad en los servicios para la atención del alcoholismo, favorecer el acceso universal, que la intervención forme parte de la cobertura del Seguro Popular, facilitar la intervención con los familiares, llevar a cabo una evaluación de los programas y modelos de atención al alcoholismo, establecer un sistema de referencia y contrarreferencia, crear vínculos de colaboración entre el sistema de salud y el sistema de justicia y penitenciario, crear un registro de los establecimientos de atención para el alcoholismo, desarrollo esquemas de rehabilitación y reinserción social, creación de los observatorios nacional y estatales en alcohol, tabaco y otras drogas, así como capacitación y formación de recursos humanos.

Este plan también considera como estrategias de políticas públicas las medidas contra la conducción bajo el efecto del alcohol, la regulación contra la disponibilidad del alcohol, regulación de la publicidad y las políticas de precios, así como medidas encaminadas a la disminución de problemas asociados al uso nocivo del alcohol, además de la reducción del impacto del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal en la salud pública.

Como parte de las medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol se han propuesto el fortalecimiento del Programa Nacional de Alcoholumetría, el desarrollo de programas de orientación dirigidos al personal encargado de los contrapuntos de Alcoholumetría, la aplicación de sanciones a las personas que conducen en estado de ebriedad y la promoción de medidas de seguridad como el uso del cinturón y el control de la velocidad.

En cuanto a la regulación de la disponibilidad de alcohol se ha planteado promover la vigilancia de la normatividad sobre disponibilidad y horarios, adopción de políticas que eviten la venta de alcohol a individuos alcoholizados y quien no cumpla con la edad mínima, asimismo, se pretende promover iniciativas para aumentar la edad mínima para comprar bebidas alcohólicas, además iniciativas encaminadas a regular la venta en eventos masivos, además de adoptar políticas que eliminen la disponibilidad de bebidas ilegales.

Por su parte, la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud, conscientes de que la escuela constituye uno de los ámbitos prioritarios de la

prevención, con el esfuerzo y la convicción de autoridades educativas y de educadores, docentes, estudiantes, personal de apoyo y padres de familia, colaboran estrechamente en la elaboración del material para desarrollar la Estrategia Nacional de Capacitación en Prevención de Adicciones para Docentes de Educación Básica, promovida por el Programa Nacional Escuela Segura, con la intención de preparar a los docentes para la prevención, detección y canalización de casos de alto riesgo.²⁶

Se han planteado diversas acciones y muchas de ellas están en marcha, sin embargo, otras tantas se encuentran pendientes, de modo que es necesario seguir sumando esfuerzos para lograr su implementación.

Estrategias en el Distrito Federal

• El control de los precios

El control de los precios ha sido una de las estrategias mediante las cuales se ha tratado de regular el consumo de alcohol, dicho control se realiza principalmente a través de la manipulación de los impuestos. Este tipo de políticas se basan en el supuesto de que entre más bajos sean los precios, mayores niveles de consumo se presentarán en una población. En relación con esta medida la Ciudad de México participa mediante la restricción de formas directas o indirectas de precios promocionales, como ventas con rebaja, barra libre, descuentos por compra de grandes cantidades; sumado a las estrategias de revisiones periódicas de los precios de los productos alcohólicos de acuerdo

con el *Programa contra el Alcoholismo y el abuso de Bebidas Alcohólicas. Actualización 2011-2012*.²⁵ En México se han realizado análisis que reflejan que las políticas de control de precios realmente tienen un efecto sobre la demanda de alcohol²⁷ de manera que resulta importante considerar esta medida con el fin de fortalecer los esfuerzos en ese sentido. El principal efecto parece enfocarse en los bebedores constantes más que sobre el consumo ocasional en la población adolescente.²⁸ Un aumento de 10% en el precio del alcohol se ha relacionado con una disminución de 4% en el número de estudiantes universitarios involucrados en conductas delictivas y violentas.²⁹ Sin embargo, se ha encontrado que cuando se aumentan los precios de las bebidas alcohólicas se incrementa el riesgo de que exista venta y distribución de alcohol de contrabando, así como fabricación clandestina de bebidas.³⁰ En el Distrito Federal el mercado de alcohol no regulado representa entre 45 y 50% del consumo total,³¹ de manera que al considerar una estrategia de aumento de precios es necesario contemplar también una estrategia de control del mercado de alcohol no regulado, a fin de evitar que las personas que dejan de consumir por causa de los precios comiencen a beber productos del mercado paralelo.

• Restricción de horarios

Las restricciones que se pueden poner al consumo pueden estar en relación con horarios, días de la semana o cantidad y ubicación de los puntos de venta. En relación con los horarios el propósito es limitar el tiempo que las personas pasan bebiendo.

do, limitando al mismo tiempo la cantidad de alcohol ingerida. Se ha observado que el aumento en el tiempo durante el que se vende alcohol se relaciona con el aumento en el consumo y con eventos asociados, tales como accidentes automovilísticos. Por otra parte, la restricción de horarios se ha relacionado con disminución en el consumo de alcohol y en eventos como homicidios,³² o ingresos hospitalarios.³³ En el caso particular de la Ciudad de México se ha establecido una restricción de horarios que impide que se provea de bebidas alcohólicas a los asistentes de establecimientos como bares y discotecas después de las 3 a.m. Esta medida también forma parte de las políticas de regulación de disponibilidad de alcohol contempladas en Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011-2012²⁵.

- **Conduce sin alcohol**

Como ya se ha mencionado uno de los problemas asociados al consumo de alcohol es la cuestión de los accidentes automovilísticos, de manera que una medida que evite que las personas conduzcan bajo los efectos del alcohol resulta indispensable. En la Ciudad de México se ha implementado el programa “Conduce sin Alcohol”, el cual sitúa de manera aleatoria puntos de revisión de vehículos en diferentes partes de la ciudad y a determinadas horas, durante las cuales se ingresan vehículos en busca de la presencia de alcohol. Si el conductor o su entorno huelen a alcohol después del saludo normal, se solicita que descienda de su vehículo para realizarse una prueba de alcohol.³⁴ Este programa se ha implementado con el fin de disminuir daños aso-

ciados con el alcohol tales como muertes, accidentes o problemas económicos y sociales. A lo largo de ocho años se han realizado más de 2 millones 700 mil entrevistas a conductores, 624 mil pruebas y 93,573 individuos han sido detenidos y con ellos 60 mil vehículos.

En 2002, antes de la implementación del programa en el D.F. se registraron 727 muertes en accidentes automovilísticos, mientras que en el 2009 el número de muertes por la misma causa fue de 380, a pesar de circular un millón más de automóviles.³⁴ De acuerdo con la información del SEMEFO,³⁴ la mortandad por accidentes por consumo de alcohol ha disminuido más de 30% en las inmediaciones de la Ciudad de México.

- **Acciones implementadas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal**

La Secretaría de Salud del Distrito Federal ha desarrollado estrategias de prevención universal, selectiva e indicada para evitar el inicio en el consumo de alcohol e incrementar el porcentaje de la población abstinentes de la Ciudad de México. La Dirección General de Vinculación y Enlace, y la Dirección de Proyectos Estratégicos en su Informe Sobre Alcohol dan a conocer las siguientes campañas.³⁵

- **Campaña de Información y Sensibilización**

Las acciones educativas, de información y comunicación han constituido un elemento fundamental

dentro del programa de prevención, ya que han elevado el nivel de conocimientos de la población en general y en particular de los grupos expuestos a riesgos de abuso y dependencia severa al alcohol, así como a sus consecuencias. El 28 de octubre de 2008, en el marco de la XXIII Sesión del Consejo contra las Adicciones del DF, el Secretario de Salud dio inicio a la campaña de información y sensibilización sobre el consumo del alcohol, la cual se ha segmentado por grupos poblacionales.

- **Para niños “Tú decides”:** Uno de los grupos prioritarios en la prevención de las adicciones es el de las niñas y niños, en atención a este grupo se implementó una campaña en la cual se desarrolló un álbum con calcomanías a manera de cuento en el que se presentan algunos conflictos con situaciones cotidianas, dichas situaciones deben ser resueltas de manera favorable por los niños a través de la elección de la calcomanía con la respuesta correcta. El lema de la campaña es “¡Tú Decides!”. Esta campaña consta de dos etapas: edición de un cuento en el que se trabajan las habilidades asertividad y manejo del tiempo libre, y edición de un segundo cuento en el que se integran las habilidades de autocontrol y habilidad social (*Figura 1*). El material se difunde en escuelas para ser trabajado en el aula por profesores o promotores de la salud, asimismo, en las UNEMECAPA se trabaja junto con los padres de familia en sesiones de orientación.
- **Para jóvenes, “Sin Alcohol”:** El segmento de los adolescentes es de especial importancia, ya que

durante esa etapa de la vida es cuando hay mayor riesgo de iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas. Para esta campaña se diseñaron tarjetas (*Figura 2*) y separadores (*Figura 3*); acompañados de mensajes que muestran alternativas de una convivencia sana, utilizando el lema: “¡Sin alcohol es mejor!”

Se diseñaron carteles y artículos decorativos en los que se presentan mensajes en relación a los mitos y verdades referentes al consumo de alcohol (*Cuadro 1*).

En colaboración con la Secretaría de Seguridad Pública se distribuyen en los operativos del alcoholímetro seis modelos de agujetas sobre dichos mitos y realidades (*Figura 4*).

- **Para adultos, “Bájale”:** La población adulta también ha sido considerada dentro de las acciones tomadas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal. En este sentido se implementó una campaña que se desarrolló en dos partes: diseño de carteles y tarjetas informativas sobre los daños físicos y sociales que ocasiona el consumo de alcohol (*Figura 5*), además de la elaboración de un tríptico informativo sobre el consumo moderado y alternativas para lograrlo.

Por otro lado, se desarrolló material de difusión para automovilistas, entre los que encontramos un díptico con equivalencias entre las bebidas alcohólicas, así como sugerencias para un consumo responsable (*Figura 6*).



Figura 1. Cuentos utilizados en la Campaña "¡Tú decides!".



Figura 2. Tarjetas distribuidas durante la campaña “¡Sin alcohol es mejor!”.



Figura 3. Ejemplo de uno de los separadores distribuidos durante la campaña “¡Sin alcohol es mejor!”.

Cuadro I. Algunos mitos y realidades referentes al consumo de alcohol que se incluyen en los materiales de la campaña “Sin alcohol es mejor”.

Mito	Realidad
“Mezclar bebidas me emborracha más rápido”	“A mayor cantidad y velocidad al beber me emborracha más rápido”
“Las bebidas energéticas bajan la borrachera”	“Estas bebidas sólo alteran el funcionamiento normal del corazón”
“Con alcohol olvido mis broncas”	“Con alcohol se incrementan”
“Con alcohol platico mejor”	“Con alcohol pienso y hablo más lento”
“Entre más tiempo tengo bebiendo = aguanto más”	“Entre más tiempo tengo bebiendo = mi organismo necesita más alcohol”
“Beber cerveza es menos problemático que beber tequila, vodka, brandy o ron”	“Una cerveza, una cuba, una copa de vino, y un caballito de tequila tienen la misma cantidad de alcohol”



Figura 4. Carteles que ilustran algunos modelos de agujetas distribuidas durante la campaña "Sin alcohol es mejor".



Figura 5. Carteles informativos sobre los daños provocados por el alcohol.

Asimismo, se diseñaron carteles sobre las consecuencias de conducir bajo los efectos de bebidas alcohólicas (*Figura 7*); se realizaron visitas a establecimientos en los que se venden bebidas alcohólicas buscando la corresponsabilidad del abuso de alcohol, a través de involucrar a los encargados en actividades de sensibilización con sus clientes sobre los daños de beber en exceso, mezclar bebidas, venta de bebidas adulteradas, conducir en estado de ebriedad y reducción de horarios de venta.

- **Para embarazo y alcohol, “Él te lo va a agradecer”:** Como ya se ha mencionado el beber durante el embarazo puede acarrear complicaciones además de consecuencias desfavorables para el recién nacido, razón por la cual la Secretaría de Salud del Distrito desarrolló una campaña dirigida especialmente para este segmento de la población. Se elaboró un cartel alusivo a la pareja próxima a ser padres que se acompaña del mensaje “Él te lo va a agradecer” (*Figura 8*). Este material se distribuye en los Centros de Salud y Hospitales que brindan atención a mujeres embarazadas. También se diseñó un portarretrato con las leyendas “Mamá ¡Gracias!” en el ángulo superior izquierdo y “Estoy Bien” en el inferior derecho en la parte posterior (*Figura 9*); en estos materiales se enlistan las consecuencias que trae el consumo de alcohol en el bebé. Dichos materiales son obsequiados por el médico tratante a las mujeres embarazadas.

Asimismo, se elaboró un tríptico para médicos sobre los daños y consecuencias que se generan en los hijos de mujeres que consumen alcohol antes y duran-

te el embarazo y en la lactancia, señalando los efectos adversos de dicho consumo (*Figura 10*).

- **Para padres, “Hable con sus hijos”:** Con el fin de facilitar la comunicación de padres hacia hijos en relación con temas relativos al consumo de alcohol, se elaboró una serie de carteles en los cuales se proporciona información en este sentido (*Figura 11*).
- **Población con discapacidad visual:** Con la finalidad de llegar a la población que presenta discapacidad visual se diseñó un cuadernillo en lenguaje braille, con el cual se explican las consecuencias del consumo de alcohol, así como los beneficios de abandonarlo. Contiene también una cédula de evaluación de consumo para que la persona ciega la resuelva y con ello identifique el grado de consumo en el cual se encuentran (*Figura 12*). Para su distribución se ha establecido vínculo con diferentes instituciones públicas, privadas y sociales para ciegos y débiles visuales. El material se distribuye en eventos con instituciones de educación media, media superior y escuelas para ciegos y débiles visuales, establecimientos mercantiles que lo han solicitado, así como en instituciones y asociaciones del sector público, privado y social.

Las políticas destinadas a la disminución del uso nocivo de alcohol deberán ir más allá del sector salud y abarcar áreas como las de transporte, justicia, política fiscal, desarrollo económico, comercio, agricultura, educación, empleo y bienestar so-



Figura 6. Dípticos informativos distribuidos entre automovilistas como parte de la campaña “Bájale”.



Figura 7. Carteles informativos sobre las consecuencias de conducir tomado.

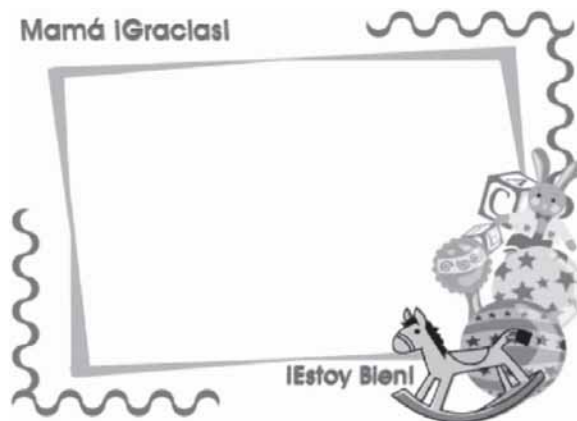


Figura 8. Cartel dirigido a las parejas a ser padres.



1

Hable con sus hijos sobre el consumo del alcohol

El alcohol es una droga

Hable con sus hijos

Los jóvenes que beben tienen una mayor probabilidad de experimentar en su vida: conductas de alto riesgo, lesiones accidentales de tránsito y tener problemas en la escuela como consecuencia del consumo de alcohol.

La influencia de los padres en los valores y la conducta de sus hijos sobre el consumo de alcohol es mayor antes de que comiencen a beber.

¿Sabía que?

- 91.7% de los jóvenes consideran muy peligroso el consumo de alcohol.
- 9.4% de los jóvenes beben. 7 o más veces en una sola ocasión.
- 70% de los jóvenes consenten alcohol antes de los 16 años.

Actúe Ahora

Usted puede hacer algo significativo

Haga la diferencia

Tu salud nos mueve
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
+52 (55) 5700 1234 - 5557 1234 - 5557 1234
+52 (55) 5700 1234 - 5557 1234 - 5557 1234

2

Hable con sus hijos sobre el consumo del alcohol

Los jóvenes consumen cada vez más alcohol

Los padres pueden orientar la conducta de sus hijos con una buena comunicación

- Estimule la conversación
- Invítelo a hablar, escúchelo
- Entienda los intereses de su hijo
- Si quiere conocer algo, hágalo con preguntas abiertas
- Controle sus emociones
- Recuerde que su hijo tiene derecho a tener sus propias ideas
- Convierta la conversación en un espacio donde todos ganan
- No regañe, no sermonee, no intente "ganar" en la conversación

Como decir NO

- 1 No gracias
- 2 No tengo ganas, prefiero un refresco
- 3 Ahora No, gracias; tal vez en otra ocasión
- 4 No acostumbro beber alcohol
- 5 No, prefiero otras bebidas
- 6 No, gracias; no sigas insistiendo

Haga la diferencia

Tu salud nos mueve
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
+52 (55) 5700 1234 - 5557 1234 - 5557 1234
+52 (55) 5700 1234 - 5557 1234 - 5557 1234

3

Hable con sus hijos sobre el consumo del alcohol

¿De qué hablar?

Siga el desarrollo de sus hijos y así sabrá si no le preocupa.

La socialización con los hijos no tiene a cambiar como antes.

Preocupación para padres de hijos que son hijos adolescentes

- Cambiar los roles... Para ellos y para usted
- El alcohol se usa a veces en fiestas y a veces... (Se preguntan cómo puede alcoholizarse por la fuerza de la emoción, el amor)
- ¿Qué puede controlar realmente el consumo... (Especial en la juventud es difícil establecer el límite)
- Sin alcohol es muy divertido... Al momento, la posibilidad de divertirse y pasarla bien se vuelve una prioridad
- El alcohol no hace daño si consumes algo más de bebidas... (Podemos reducir el alcohol, pero hay que ser conscientes)
- Se tiene que beber para ser aceptados... (Se debe enseñar a los hijos que la aceptación no debe ser el motivo para beber)
- Sólo beber al alcoholismo... (Se debe enseñar a los hijos que el alcoholismo es una enfermedad)

¿Y las fiestas en la casa?

- 1 Evitarle de que se vaya a fiestas
- 2 Preguntar de acuerdo en las fiestas, si algunas veces alcohol no puede, mejor, no consumir
- 3 No se convierta en guardián, asegure que un amigo apalea a alguien en la fiesta
- 4 Proponga actividades divertidas
- 5 Cuidar que se vaya a fiestas bebidas sin alcohol
- 6 No puede prohibir que se vaya a fiestas

Haga la diferencia

Tu salud nos mueve
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
+52 (55) 5700 1234 - 5557 1234 - 5557 1234
+52 (55) 5700 1234 - 5557 1234 - 5557 1234

Figura 11. Carteles dirigidos a padres como parte de la campaña “Hable con sus hijos”.



Figura 12. Cuadernillo en braille para la población con discapacidad visual.

cial, así como a actores económicos y de la sociedad civil. De igual forma es necesario anteponer derechos a distintos intereses. Es bien sabido que la industria del alcohol genera empleos y reporta ingresos considerables a muchos operadores económicos, así como ingresos fiscales en distintos niveles. Sin embargo, quienes formulan las políticas de salud se hallan ante el reto de dar la prioridad necesaria al derecho constitucional a la protección de la salud de toda la población. Centrarse en la equidad también representa un gran reto. A pesar de que las tasas de consumo de bebidas alcohólicas a nivel poblacional son menores en las sociedades pobres que en las ricas, un mismo consumo puede causar daños desproporcionadamente más graves entre las poblaciones más pobres. Ante esto, se hace urgente la necesidad de formular y aplicar políticas y programas eficaces que reduzcan esas disparidades sociales, tanto dentro de los países como entre ellos. Por supuesto, las acciones de prevención del uso nocivo de alcohol y del alcoholismo también deben formar parte esencial de los esfuerzos encaminados a mejorar y elevar los niveles de salud de los mexicanos. Las intervenciones que se pretendan realizar deberán tener en cuenta los contextos locales y las características de la población a la que vayan dirigidas.

En este sentido y de acuerdo con los datos de consumo más recientes, una intervención para la prevención y el tratamiento por problemas de consumo de alcohol dirigida a jóvenes, en especial menores de edad y mujeres, se hace necesaria en toda agenda política de salud en nuestro país.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe técnico sobre el panorama actual de consumo de alcohol; 2011.
2. Pereiro C. Salud y consumo de drogas. Adicciones 2006; 18(1): 5-8.
3. Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
4. Organización Panamericana de la Salud. 61a. Asamblea Mundial de la Salud A61/13 Punto 11.10 del orden del día provisional 20 de marzo de 2008.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th. Ed. 2000. Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=22>
6. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Use, Abuse And Dependence. National Institute of Health. Ting-Kai Li. 2004. Disponible en: www.pitt.edu/~super7/25011-26001/25521.ppt. 2004.
7. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; 2010.
8. Medina-Mora ME, Robles R, Cortina D, Real T (eds.). Evaluación de políticas públicas para el control del abuso de alcohol en México. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; 2009.
9. Borges G, Medina-Mora ME, Cherpitel C, Casanova L, Mondragón L, Romero M. Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Salud Pública de México 1999; 41: 3-11.

10. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la Ciudad de México 2009. México: Villatoro J, Gaytán F, Moreno ML, Oliva N, Bretón M, López MA, Bustos M, Medina-Mora ME; 2010.
11. Villatoro J, Medina-Mora ME, Hernández M, Fleiz C, Amador N, Bermúdez P. La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental* 2005; 28: 38-51.
12. Borges G, Medina-Mora ME, Cherpitel C, Casanova L, Mondragón L, Romero M. Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública de México* 1999; 41: 3-11.
13. Centro Nacional para la Prevención de Accidentes. Diez principales causas de defunción por causa externa. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 2006.
14. Centro Nacional para la Prevención de Accidentes. Estrategia Educativa de Alto impacto de prevención de accidentes, asociados a uso y consumo de alcohol y otras sustancias. México: 2009.
15. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2009. 2010. Disponible en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/SISVEA/informes_sisvea_2009.pdf; 2010.
16. Centro Nacional Para la Prevención de Accidentes. Diagnóstico Nacional de Accidentes de Tránsito. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud; 2007.
17. Borges G, Cherpitel CJ, Rosovsky H. Male drinking and violence-related injury in the emergency room. *Addiction* 1998; 93: 103-12.
18. SINAIS. Principales causas de mortalidad en edad productiva. 2008. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
19. Jiménez NG, Lozano JJ, Rodríguez L, Vargas G, Rubio AF, López I. Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida. *Med Int Méx* 2005; 21: 183-7.
20. Frenk J, Lozano R, González-Block M. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México: Fundación Mexicana Para la Salud; 1994.
21. Medina MME, García-Téllez I, Cortina D, Orozco R, Robles R, Vázquez-Pérez L, Real T, Chisholm D. Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Mental* 2010; 33: 373-8.
22. Natera G, Juárez F, Medina MME. La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología* 2007; 24(2).
23. Romero M, Medina-Mora M, Villatoro J, Fleiz C, Casanova L, Juárez F. El alcohol y la violencia física en la pareja en Ciudad Juárez, Monterrey, Querétaro y Tijuana. En: *El brindis infeliz: el consumo de alcohol y la agresión entre las parejas en las Américas*. México: Organización Panamericana de la Salud; 2010, p. 156-70.
24. Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones. Reporte de Consumo de sustancias en los Centros Penitenciarios de la Ciudad de México: s.f.
25. Comisión Nacional Contra las Adicciones. Programa contra el Alcoholismo y el abuso de Bebidas Alcohólicas. Actualización 2011-2012. Secretaría de Salud México; 2011.
26. Secretaría de Educación Pública. Programa Escuela Segura Orientaciones para la prevención de

- adicciones en escuelas de educación básica. Manual para profesores de Secundaria; 2009.
27. Medina-Mora ME, Galindo LM, Robles R. La demanda de alcohol en México y el uso de impuestos específicos: Algunas reflexiones con base en un meta-análisis. Ponencia presentada en el 14 Congreso de Investigación en Salud Pública. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2011.
28. Chaloupka F, Grossman M, Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Research on Health* 2002; 26(1): 22-34.
29. Grossman M, Markowitz S. Alcohol Regulation and Violence on College Campuses. In: Grossman M, Hsieh CR (eds.). *Economic Analysis of Substance Use and Abuse: The Experience of Developed Countries and Lessons for Developing Countries*. Cheltenham, United Kingdom: Edwin Elgar; 2001.
30. Richupan S. Alcohol products taxation: international experiences and selected practices in Asia. Siam Development Institute; 2005.
31. Medina-Mora ME, Robles R, Cortina D. Evaluación de políticas públicas para el control de del abuso de alcohol en México. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2009.
32. Concha-Eastman A, Espitia V, Espinosa R, Guerrero R. Epidemiology of homicides in Cali, Colombia, 1993-1998: Six years of population-based model). *Pan American Journal of Public Health* 2002; 12(4): 230-239.
33. Chikritzhs T, Stockwell T. The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence. *Journal of Studies on Alcohol* 2006; 63: 591-9.
34. Sánchez O. Programa "Conduce sin Alcohol". Segundo Inspector Dr. Othón Sánchez Cruz. Panel 1 Reflexiones y propuestas al programa "Conduce sin Alcohol". Reflexiones sobre Políticas Públicas y Reformas Legislativas en Materia de Adicciones; 2011.
35. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Informe sobre alcohol. México. S. f.



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



X.

Evolución de las políticas públicas para el control del tabaco en México

Mtra. Celina Alvear,* Dr. Justino Regalado**

* Directora General del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

** Jefe de la Oficina Nacional para el Control de Tabaco.

RESUMEN

El tabaquismo como la primera causa de muerte prevenible en el mundo impone la implementación de políticas públicas de control acordes a la dimensión del problema; en nuestro país ocurren aproximadamente 65,000 muertes diarias por enfermedades asociadas con el tabaquismo. Asimismo, el papel de la adicción a la nicotina como promotor del consumo de otras sustancias como alcohol y drogas ilícitas, así como la ampliación del perfil de los consumidores incluyendo cada vez más a adolescentes de ambos sexos, nos obliga a redoblar esfuerzos para el fortalecimiento de estrategias efectivas con la finalidad de frenar este fenómeno. Existen tareas aún pendientes para cumplir a cabalidad con los compromisos del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT/OMS) y la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento, así como otros ordenamientos emanados de las disposiciones mencionadas. En este documento se revisa la evolución de las políticas públicas aplicadas en México desde principios de la década de 1970 a la fecha para fortalecer el control del tabaco, así como el marco normativo para la atención del tabaquismo como un problema de salud pública.

INTRODUCCIÓN

El tabaco constituye en la actualidad la principal causa de muerte prevenible en el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que al año ocurren cerca de 6 millones de muertes, lo que equivale a 16,500 muertes diarias,^{1,2} una tasa ma-

yor a la mortalidad asociada a enfermedades como la tuberculosis, infección por VIH/SIDA o malaria juntas.¹ Aproximadamente 80% de esas muertes ocurren en países de ingresos medios y medio-bajos.³ En México ocurren aproximadamente 65,000 muertes diarias por enfermedades asociadas con el tabaquismo.⁴

De acuerdo con la evidencia científica disponible, son bien conocidos los efectos sobre la salud derivados del consumo de tabaco tanto por tabaquismo activo como por exposición involuntaria al humo.^{3,5-7} El problema del tabaquismo constituye un fenómeno creciente donde la tendencia marca el aumento en el número de fumadores en todo el mundo.⁸ Este aumento se verá más pronunciado en los países en desarrollo, dado que la mayoría de ellos se encuentran en fases aún tempranas de la epidemia del tabaquismo.^{3,9} Por otro lado, el consumo de tabaco en los países en desarrollo crece de manera más acelerada en parte debido al crecimiento estable de su población y a las acciones implementadas por la industria tabacalera.⁹ No obstante que la prevalencia sobre consumo de tabaco en México se ha mantenido estable durante los últimos 15 años, el número total de fumadores en el país se ha incrementado, de aproximadamente 9 millones de fumadores en 1988, a cerca de 14 millones de fumadores en 2008 debido al crecimiento de la población general del país.^{9,10-11} Del total de fumadores 12.7 millones corresponden a adultos y 1.3 millones corresponden a adolescentes. De la misma manera, se estima que 1.4 millones de adultos y aproximadamente 40 mil adolescentes manifiestan signos de adicción y de-

pendencia a la nicotina (consumo del primer cigarrillo dentro de los primeros 60 minutos después de despertar del sueño fisiológico).¹²⁻¹⁴

De acuerdo con la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS, por sus siglas en inglés), coloca la prevalencia de tabaquismo en México en personas de 15 a 65 años de edad, en 17%.¹⁵ En contraste, la Encuesta Mundial de Tabaco y Juventud (ETJ), muestra que la prevalencia de tabaquismo en jóvenes de 13 a 15 años de edad aumentó de 19.9% en 2006, a 24.9% en 2008. Llama la atención el avance de la prevalencia de tabaquismo especialmente en mujeres, los datos de la ETJ nos señalan que en México la prevalencia de consumo de productos de tabaco entre jóvenes de 13 a 15 años de edad, en promedio es mayor a la media nacional y en algunas entidades federativas la población adolescente fuma más que la población adulta.¹⁶

Aun cuando la población adulta reduce su consumo de productos de tabaco,¹⁵ la tendencia actual de la prevalencia de tabaquismo en adolescentes representa un riesgo para la salud pública en virtud de que, de mantenerse, se incrementa el riesgo de enfermedades asociadas con el consumo de tabaco, especialmente infartos al corazón, enfermedades cerebro vasculares, enfisema y cáncer pulmonar, con la consecuente carga para el Sistema Nacional de Salud. A diferencia de los hombres, la población de mujeres fumadoras creció discretamente al pasar de 14.4% en 1988, a 16.1% de acuerdo con la ENA-2002, dato consistente con la tendencia mundial hacia el incremento de la pre-

valencia de tabaquismo en mujeres, especialmente adolescentes.^{3,9,14-19}

El impacto económico derivado del consumo de tabaco impone una carga excesiva no sólo al sistema de salud por los costos directos derivados de la atención de los padecimientos causados por dicho consumo, sino también por los costos indirectos generados por pérdidas de productividad, ausentismo en el trabajo y mayor tasa de utilización de servicios de salud entre la población fumadora.²⁰⁻²⁷

En México, de acuerdo con las estimaciones del estudio La Economía del Tabaco y los Impuestos al tabaco en México, el presupuesto asignado al Sector Salud para atención de las enfermedades atribuibles al consumo del tabaco ascendió en 2010 a 75 mil millones de pesos; sin embargo, debe tomarse en cuenta que en nuestro país, debido a las características del sistema de salud, no se diagnostican la totalidad de las personas con algún tipo de padecimiento crónico, como diabetes mellitas, hipertensión o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, una proporción significativa de los padecimientos crónicos permanece sin ser identificado y atendido. Considerando que no todas las personas con algún tipo de enfermedad son diagnosticadas a tiempo, el costo podría ser muy superior al estimado.^{28,29}

Los casos atribuibles al consumo de tabaco en nuestro país se han estimado en 61% para infartos al corazón; 49% para enfermedad cerebrovascular; 69% para enfermedad pulmonar obs-

tractiva crónica (EPOC) y en 66% para cáncer pulmonar.²⁸ Esta información cobra relevancia por tratarse de padecimientos prevenibles con tan sólo evitar el factor de riesgo. Dicho en otras palabras, sería posible evitar hasta 61% de los casos de infartos al corazón; 49% de los casos de enfermedad cerebro-vascular; 69% de los casos de EPOC y 66% de los casos de cáncer pulmonar, si la población dejara de fumar, de ahí la trascendencia de los datos y de las medidas de control tendientes a reducir la demanda de los productos de tabaco.

La dimensión de la epidemia del tabaco en el mundo demanda soluciones de fondo. El CMCT/OMS³⁰ contiene una serie de directrices acordes a la evidencia científica más sólida para coordinar acciones globales que permitan detener una de las amenazas para la salud más significativas a la que nos enfrentamos en la actualidad.³¹ Para lograr los objetivos planteados en el CMCT/OMS se requiere en gran medida del compromiso de los Estados Parte y de las acciones implementadas por cada uno de ellos.³² Desde el punto de vista de la colaboración internacional, la implementación del convenio en cada uno de los países miembros, supone un reto en cuanto a la construcción de las capacidades necesarias para el desarrollo de políticas sustentables de control del tabaco.³³⁻³⁶

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL CONTROL DEL TABACO EN MÉXICO

México ha implementado diversas medidas para el control del tabaco durante los últimos 40 años.

Desde el punto de vista Legislativo se cuenta con el registro del Diario de Debates de la Cámara de Diputados desde la XXVII Legislatura, hasta la LXI. La **figura 1** muestra la tendencia de las discusiones y el número de debates relacionados con el tema del tabaco, donde se aprecia que el tabaquismo ha sido motivo de análisis y discusión en la Cámara de Diputados por largo tiempo, especialmente a partir de la LVI Legislatura (1994-1997).

Se tiende a pensar que las medidas regulatorias de control del tabaco son nuevas en nuestro país, especialmente a partir de la firma y ratificación del CMCT/OMS; sin embargo, dichas medidas se remontan a la publicación del Código Sanitario en marzo de 1973, que contemplaba el control sanitario del tabaco y regulaba la propaganda y publicidad de los productos de tabaco;³⁷ la reforma al artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) que por primera vez consagra el Derecho a la Protección de la Salud, y que fue publicada en 1983,³⁸ la creación del Programa contra el Tabaquismo contenido en la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en 1984;³⁹ la publicación del Reglamento sobre consumo de Tabaco en julio de 2000 que prohibía el consumo de productos de tabaco en edificios públicos federales;⁴⁰ la prohibición de transmisión de publicidad y patrocinio de productos de tabaco en los medios masivos de comunicación, vigente a partir de enero de 2003; la firma y ratificación por parte de México, del CMCT/OMS los años 2003 y 2004, respectivamente; hasta la publica-

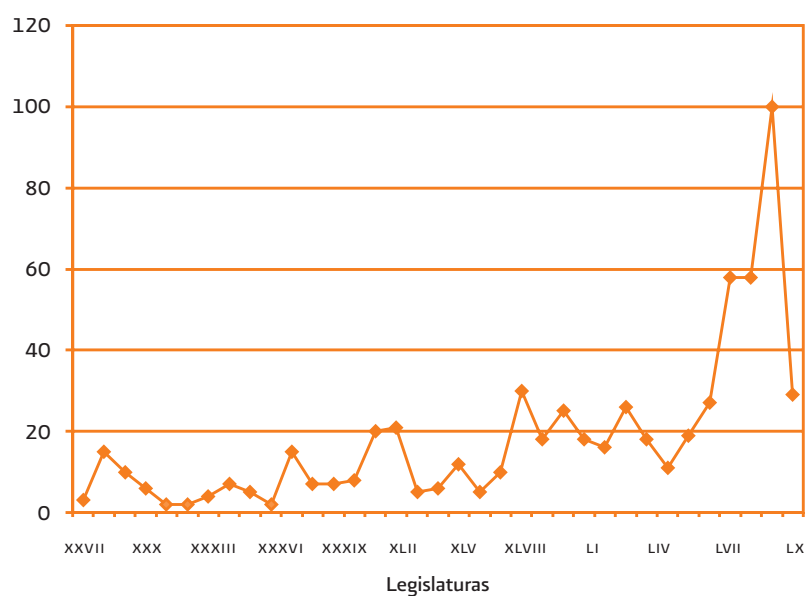


Figura 1. Diario de Debates, Cámara de Diputados.

ción y entrada en vigor de la Ley General para el Control del Tabaco en 2008.⁴¹

La **figura 2** resume la evolución de las normas relacionadas con el control del tabaco en México de 1950 a la fecha. Previo a la publicación del Código Sanitario en 1973, se había abordado el tema de la regulación de los productos del tabaco, fue hasta esta fecha que se realizó el primer abordaje integral del tema.

El Código Sanitario de 1973 contemplaba el control sanitario del tabaco y regulaba la propaganda y publicidad de los productos de tabaco. En el Código se establecía, como única leyenda precautoria, obligatoria en los envases en los que se expendiera o suministrara tabaco, el siguiente mensaje: *“Este producto puede ser nocivo para la salud”*. La propaganda y publicidad del tabaco debía autorizarse por la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, a fin de evitar que se engañara al público sobre la calidad, origen, pureza, conservación, propiedades de su empleo o se indujera a prácticas que dañaran la salud.³⁷

En 1983 se llevó a cabo la Reforma al Artículo 4o., párrafo tercero, de la Constitución, para incorporar el Derecho a la Protección de la Salud, con lo cual el Estado se obliga a proteger y cuidar de la salud de los habitantes del territorio nacional. Esta reforma, que en apariencia se ve sencilla, sería la que 25 años después permitiría la implementación de medidas de control del tabaco con una visión de salud pública.

Ley General de Salud publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984, considera la creación del Programa contra el Tabaquismo como materia de salubridad general (Art. 3, fracción XXII), se establece como competencia de las entidades federativas, el organizar, operar, supervisar y evaluar el Programa contra el Tabaquismo en su territorio (Art. 13, Inciso B). Este Programa centraba sus acciones en: prevención y tratamiento, educación y orientación a la población para que se abstuviera de fumar en lugares públicos, asimismo, se contemplaba la incorporación de leyendas precautorias en etiquetas de los envases y empaques, y el control sanitario de la publicidad.

El Reglamento sobre Consumo de Tabaco, publicado en el DOF el 27 de julio de 2000, tenía como objetivo primordial el de proteger la salud de las personas de los efectos nocivos causados por la exposición al humo del tabaco. Un aspecto trascendental del Reglamento fue que prohibió el consumo de productos de tabaco en los edificios públicos federales, con excepción de las áreas que se establezcan para tal fin, las que deberán contar con características muy específicas de señalización y ventilación (Art. 188, fracción II de la LGS).⁴⁰ De esta manera se iba avanzando en materia de control de tabaco, aun antes de los tratados de salud pública internacional.

CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO DE LA OMS

El 21 de mayo de 2003 es un día histórico para la salud pública mundial porque la 56a. Asamblea

VIII Código Sanitario										Ley General de Salud										LGCT					
SCJN										00										A J δ					
InformeX Acuerdo										V										▽ Θ δ θ δ ⊗ ↓		δ			
Reglam										X												δ			
Ley SC										IEPS 3										↓		↑		↑	
Programa										184 bis 188 189 190										X		Z		δ δ δ δ	
Tabaco										194 275 276 277 277 bis 286 301 308 308 bis 309 309 bis										X X					

Fuente: Referencias: 7, 39-41

Figura 2. Normas relacionadas con el control del tabaco 1950-2012.

Mundial de la Salud adoptó por unanimidad de los 192 Estados Miembros de la OMS, el primer tratado global de salud pública, el Convenio Marco para el Control del Tabaco.³⁰

Este tratado ha sido firmado y ratificado, hasta ahora, por más de 170 países, México fue el primer país de América en ratificarlo en mayo de 2004, y gracias a ello ingresó a una nueva etapa de la salud marcada por el compromiso de instrumentarlo en toda la nación y reforzar las acciones locales para el control del tabaco.

Hasta antes de la aprobación y publicación de la LGCT, México había incorporado desde hacía varios años, diversos ordenamientos para el control del tabaco, aunque, como ocurría en otros países, lo había realizado de manera desarticulada con otros programas de salud pública.⁴²

De acuerdo con el Artículo 133 de la Constitución, todo tratado internacional ratificado por el Senado adquiere rango de ley, y por ello, desde la LIX Legislatura se habían impulsado iniciativas para modificar favorablemente diversos ordenamientos legales que permitieran enfrentar, con mejores herramientas, a las tareas asumidas por nuestro país al ratificar el CMCT/OMS.

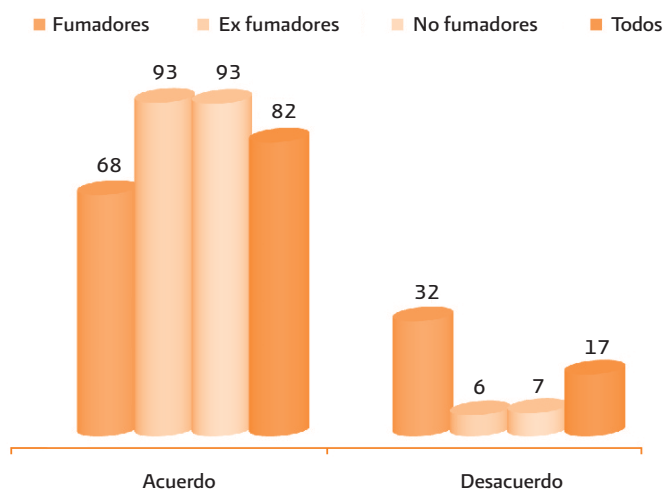
LEY GENERAL PARA EL CONTROL DEL TABACO (LGCT)

El periodo que comprende entre la entrada en vigor del CMCT/OMS para México, 27 de febrero de 2005 y diciembre de 2006 se caracterizó por un avance

lento en la instrumentación del Convenio. Resulta importante resaltar que a partir del inicio de la administración del Presidente Calderón, con la cancelación de los acuerdos con las empresas tabacaleras para financiar el fondo de gastos catastróficos en salud, el Estado Mexicano retomó el cumplimiento de este compromiso con la comunidad internacional. Los Diputados y Senadores de las Comisiones de Salud de la LX Legislatura, justo en el primer aniversario de su instalación, a través de una conferencia de prensa promovieron una Iniciativa para establecer una Ley General para el Control del Tabaco que asumiera, en un solo cuerpo legal y su reglamento, todo el control sanitario de los productos del tabaco, regulara su producción, exportación e importación, así como la protección contra la exposición al humo de tabaco, cuyo ejemplar proceso legislativo se dio entre agosto de 2007 y febrero de 2008.

La sensibilidad de los legisladores, diputados y senadores, encontró un contexto favorable para la aprobación de la iniciativa y el 14 de diciembre de 2007 y el 26 de febrero de 2008 marcaron un hito al ser aprobada por una amplia mayoría en las Cámaras de Diputados y Senadores, respectivamente. El titular del ejecutivo federal publicó el Decreto respectivo el 30 de mayo de 2008 y entró en vigor el 28 de agosto del mismo año.⁴¹

Uno de los elementos esenciales para obtener el apoyo mayoritario de los legisladores, lo constituyó el respaldo generalizado de la población, misma que manifestó estar de acuerdo con las medidas contempladas en la Ley (*Figura 3*).



Fuente: Reporte encuesta de Vivienda. Ley de Espacios Libres de Humo. Consulta Mitosky. Febrero 2008. Documento Interno. Conadic.

Figura 3. Nivel de acuerdo de población abierta en relación con la prohibición de fumar en espacios cerrados.

La Ley es un valioso instrumento para que nuestro país pueda cumplir integralmente con los compromisos internacionales contraídos al ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, sus principales aportaciones son:

- La garantía para la protección de la salud de todas las personas, fumadoras, no fumadoras, hombres, mujeres, pero especialmente de niñas, niños, mujeres embarazadas, enfermos del aparato respiratorio y adultos mayores.
- El reconocimiento del control del tabaco como materia de utilidad pública e interés social.
- La obligación para la industria tabacalera de entregar información sobre el contenido de sus productos y que ésta sea pública.
- La regulación clara de los lugares donde se puede vender productos de tabaco y la forma de hacerlo, estableciendo que las niñas y los niños no pueden exponerse a la publicidad o propaganda, que sólo se permite dirigirlos a los adultos.
- El establecimiento de espacios 100% libres de humo de tabaco en todo lugar público cerrado y autorización del consumo en espacios abiertos o en zonas exclusivamente para fumar.
- La inclusión obligatoria de leyendas y –por primera vez en nuestro país– de pictogramas o imágenes sanitarias de advertencia, rotativas y claras.
- La regulación y eliminación de toda promoción de la publicidad de productos de tabaco, así como la eliminación de términos engañosos o confusos.
- El establecimiento claro de sanciones administrativas para quienes violen sus disposiciones, así como los mecanismos para ejecutarlas.
- La participación ciudadana como la mejor garantía para aplicar y vigilar su aplicación, a través de la denuncia ciudadana.
- La puesta en operación de una línea telefónica para recibir denuncias y ofrecer servicios de cesación para fumadores que desean abandonar esta adicción, 01-8009663863 (018009-NO FUME).
- La protección de los derechos humanos de los ciudadanos al ser aplicada

Con la finalidad de instrumentar de manera integral las políticas públicas derivadas del CMCT/OMS, así como de la LGCT, se anunció en 2008 la creación de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT) como instancia responsable a nivel federal del diseño, promoción, implementación y evaluación del impacto de las políticas públicas para la prevención y el control del tabaquismo y de manera particular el cumplimiento del CMCT y los compromisos en él previstos. Productos del tabaco. Este compromiso quedó cumplido en enero del 2011, con la creación por decreto presidencial

del Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC), que incluye dentro de su estructura a la Oficina Nacional para el Control del Tabaco. La consolidación de una institución dedicada a este fin dentro de la Secretaría de Salud, así como la atención del tema por las secretarías de salud estatales a través de los Consejos Estatales contra las Adicciones, da cuenta de la consolidación de la capacidad nacional en materia de control de tabaco.⁴⁰

Durante la administración del Presidente Calderón se instrumentó el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el cual plantea varios objetivos en la atención de los retos en salud que enfrenta el país. Para cumplir los objetivos del programa se diseñaron diversas estrategias, entre ellas, reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, cuya meta asociada es: Fortalecer las políticas de combate contra las adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas.⁴⁴

Leyendas Sanitarias de Advertencia con Pictogramas

No obstante que existe evidencia científica incontrovertible que señala claramente los riesgos para la salud derivados del consumo crónico de productos de tabaco, así como los riesgos por la exposición involuntaria al humo de tabaco de los fumadores,⁴² relativamente pocos fumadores entienden en toda su dimensión los riesgos a los que se encuentran expuestos.⁴⁵

Un sistema integral de comunicación de riesgos, debe prevenir el empleo de mensajes confusos, habitualmente utilizados por los fabricantes de cigarrillos cuando presentan sus productos como “light”, “ligeros”, “suaves”, “bajos en alquitrán”, por ejemplo, a pesar de que la evidencia científica señala que los productos así etiquetados, no reducen los riesgos para la salud y por lo mismo, no son menos dañinos.⁴⁷⁻⁵⁰

De conformidad con el Artículo 18 de la LGCT, en los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos se deberán incluir leyendas y pictogramas o imágenes de advertencia que muestren los efectos nocivos del consumo de productos del tabaco. Tomando en cuenta la evidencia científica disponible, el Congreso optó por regular el empaquetado y etiquetado de manera más acorde a lo señalado en el CMCT/OMS y estableció dentro de la LGCT la necesidad de *incorporar en los paquetes y productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos, leyendas y pictogramas o imágenes de advertencia que muestren los efectos nocivos del consumo de los productos de tabaco,.... las cuales serán de alto impacto preventivo, claras, visibles, legibles...*⁴¹

De la misma manera, la propia LGCT señala que la Secretaría de Salud debe publicar las disposiciones correspondientes. El instrumento para esos fines es el Acuerdo Secretarial, cuyo principal objetivo regulatorio es el de crear conciencia en la población general acerca de los riesgos para la salud que acarrea el consumo del tabaco y sus propiedades

adictivas, a través de la exhibición de leyendas, imágenes, pictogramas, fotografías y mensajes sanitarios que reflejen o describan los efectos nocivos del consumo de tabaco. De igual forma, se pretende brindar información a los consumidores, por diversos medios, sean estos escritos o gráficos, para que la información proporcionada propicie un cambio en los patrones de su consumo, para que éste disminuya y que el que prevalezca no se realice en espacios en los que pueda generarse un daño a terceros.

Así también, se pretende evitar que a través del etiquetado y empaquetado de los productos del tabaco, se promocionen de manera falsa, equívoca o engañosa induciendo a error con respecto a sus efectos a la salud o creando la falsa impresión que un producto es menos nocivo que otro. El 24 de diciembre de 2009 se publicó en el DOF el Acuerdo Secretarial para la Incorporación de la Primera Ronda de Pictogramas y Leyendas Sanitarias a todo empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco, mismo que entró en vigor el 24 de septiembre de 2010.⁵¹

En una primera evaluación del impacto de las leyendas, imágenes y mensajes sanitarios se encontró que 32% de los entrevistados lee las advertencias sanitarias y de ese porcentaje 72% manifiesta que le hacen pensar en los daños a su salud y a 58% le hacen pensar en dejar de fumar. Los resultados obtenidos en la evaluación de grupos focales de las Leyendas de Advertencia Sanitaria (LAS) con pictogramas en México, nos muestran que la información se consideró como Relevante, Signifi-

cativa y con carácter Preventivo. Lo anterior se suma a lo expresado por los fumadores en relación con el hecho que los pictogramas y las leyendas de advertencia sanitaria los motivan a reducir el consumo de cigarrillos, cuando no abandonarlo por completo, esto es consistente con trabajos de la literatura científica que revelan que LAS con pictogramas logran reducir la demanda de productos de tabaco.⁵²

También resulta de interés el hecho que entre los fumadores se observó el reconocimiento de los efectos negativos para la salud, así como la disposición al cambio de conducta, en función de la relevancia de la información presentada en LAS con pictogramas. En México, de acuerdo a la ENA 2008, los fumadores consumen en promedio siete cigarrillos al día,¹¹ lo que representa una buena oportunidad de incidir ampliamente entre quienes consumen una cantidad moderada de cigarrillos y a quienes, a través del empaquetado se les puede persuadir para evitar el consumo y cambiar de actitud. Actualmente se reconoce el potencial de LAS para promover cambios de conducta.⁵³

POLÍTICA FISCAL CON VISIÓN DE SALUD

La OMS ha reconocido que la medida más efectiva para reducir la demanda de productos de tabaco y que los jóvenes y grupos vulnerables reduzcan el consumo, o no se inicien en el mismo es el aumento de su precio a través del incremento de la carga fiscal con que se gravan.⁵⁴

Asimismo, el aumento a los impuestos genera un incremento a la recaudación para disminuir la bre-

cha entre los recursos recaudados y los que el Sector Salud eroga por concepto de atención a las enfermedades causadas por el consumo de tabaco.

La experiencia internacional y nacional muestra que impuestos más altos al tabaco que resultan en precios más altos, estimulan a los fumadores a dejar de fumar, disminuyen el número de cigarros fumados y previenen la iniciación entre posibles nuevos consumidores, en particular los jóvenes.⁵⁴⁻⁵⁶

Los jóvenes y los fumadores de menores ingresos son más propensos que otros fumadores a dejar de fumar o a fumar menos como respuesta ante un incremento de precios. Debido a que los precios del cigarrillo influyen fuertemente en la iniciación de los jóvenes en el tabaquismo, los aumentos de precio disminuyen significativamente la tendencia a largo plazo del consumo de cigarrillos. La *figura 4* muestra el comportamiento en México del consumo de cigarrillos de acuerdo con el precio, donde puede apreciarse que el consumo se reduce de manera proporcional al incremento del precio final al consumidor.

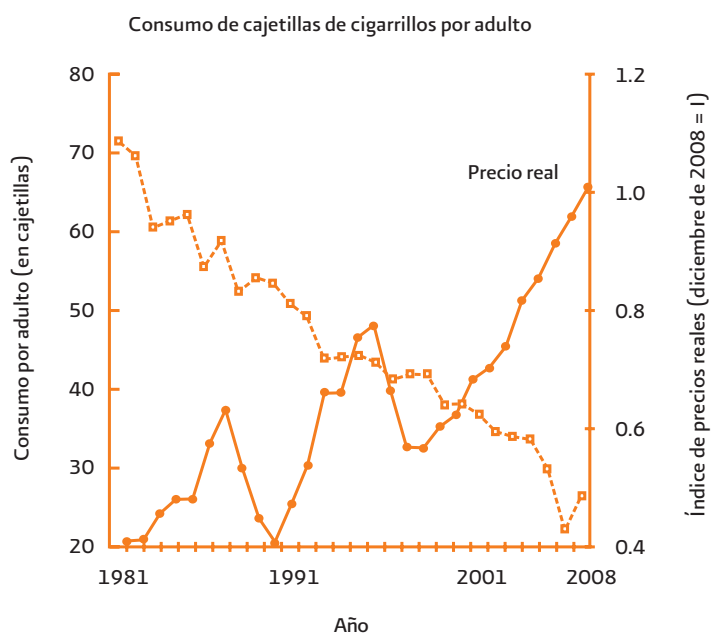
El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS establece la obligación de adoptar una política fiscal que se traduzca en un incremento de precios vía impuestos para reducir la demanda de los productos del tabaco. Asimismo, recomienda que la carga fiscal entendida como una proporción del precio final del producto, no sea menor a dos terceras partes y de ser posible alcan-

ce cuatro quintas partes del precio de venta al por menor, es decir, el 75%. En 2009, en la región de América sólo Chile y Uruguay tenían una carga fiscal superior al 75%, en Argentina, Brasil y Canadá la carga fiscal era de entre el 60 y 74.9% y Ecuador, Colombia y Venezuela se ubicaba entre el 45 y el 59.9%²⁸. La situación de la presión fiscal sobre los cigarrillos en México en 2009 se considera intermedia, ya que se ubicaba en 62.3% sobre el precio al consumidor final.*

La política fiscal que se aplica a los cigarrillos y otros productos de tabaco en México se basa en un impuesto al consumo, ya que si bien se denomina “Impuesto Especial sobre Producción y Servicios” (IEPS), es plenamente trasladable al precio final. Es un impuesto “ad valorem”, es decir, su recaudación se fija como porcentaje del precio de venta al detallista.

Un efecto que provocan los sistemas de impuestos tipo “ad valorem” es que tienden a facilitar que la industria tabacalera introduzca marcas de conveniencia más baratas para reducir en términos absolutos el impuesto a pagar y el precio final al público. En cambio los sistemas “específicos” tienden a evitar esta limitante, ya que tienen la ventaja de que eliminan el interés de la industria por las marcas baratas, adicionalmente, el impuesto por cajetilla es mayor en términos relativos para las marcas baratas que para las caras. Un mecanismo fundamental de los sistemas de base imponible específica es el ajuste del monto fijo imponible por

* Estimación realizada por el grupo ad hoc para realizar esta propuesta de ajuste fiscal. Basada en la imposición por el IEPS (160%) e IVA a mediados de 2009 y con márgenes del detallista del 10.9% sobre el precio al detallista con IEPS incluido.



Fuente: Sáenz de Miera, et al. Economía del Tabaco. 2012.

Figura 4. Consumo de cigarrillos en México 1981-2008.

cajetilla para que la inflación no reduzca su valor real, además las marcas caras pagan menos de impuesto por cajetilla, por ello lo ideal es un sistema impositivo combinado.

La Constitución, en su artículo 73 fracción XXIX, otorga al Congreso de la Unión la facultad para crear diversas contribuciones, como la Ley del IEPS publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1980 que sustituye a la Ley Federal de Impuestos a la Industria de Azúcar, Alcohol, Aguardientes y Envasado de Bebidas Alcohólicas, la característica de este impuesto es que el legislador busca un impacto correctivo al gravar actividades que propician efectos sociales negativos, como es el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco que tienen efectos negativos para la salud que son atendidos fundamentalmente por el Estado con gasto público. Por lo tanto el IEPS está diseñado para gravar aquellas actividades que por sus especificidades generan un costo social o “externalidades” negativas y que por su carácter lícito son acreedoras de este tipo de impuestos.

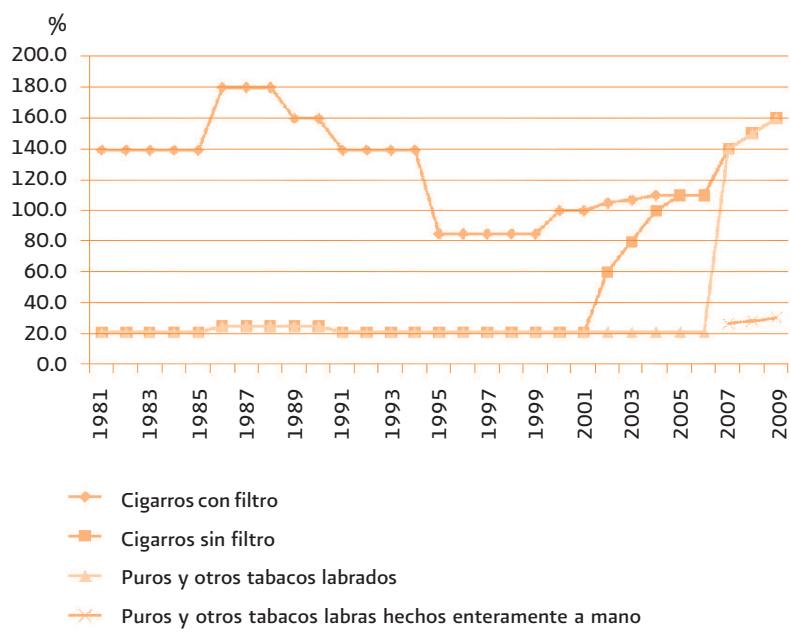
El IEPS para los productos del tabaco se estableció en 1981 con una visión eminentemente recaudatoria y como mecanismo de compensación entre los ingresos públicos y los requerimientos de gasto e inversión pública y se fijó en 139.3% a los cigarros con filtro y en 20.9% a los cigarros sin filtro y a tabacos labrados a mano, en consideración a un criterio que planteaba que los cigarros “populares” al ser consumidos por los sectores de menores ingresos repercutiría en menor medida en

su gasto. Desde entonces ha sufrido diversas variaciones incrementos y descensos, valiendo la pena destacar que a partir del 2005 se equiparan las tasas impositivas para los cigarros sin filtro y puros con la de los cigarros con filtro estableciéndose en 110% (*Figura 5*).

Como resultado de la discusión de la Ley de Ingresos 2010, se introdujo la creación de un impuesto específico a la enajenación de cigarrillos por unidad, que establecía un arancel de 10 centavos por cada cigarrillo enajenado y cuyo decreto de publicación establecía la implementación gradual durante el periodo comprendido entre los años 2010 y 2013, iniciando con 4 centavos por cigarrillo enajenado para el 2010, 6 centavos para el 2011; 8 centavos para 2012, hasta llegar a los 10 centavos estipulados a partir del 2013. En un principio se consideró la medida como insuficiente y limitada al considerar el incremento del impuesto de manera gradual.⁵⁷

Para el 2011 se aprobó incrementar el impuesto especial a 35 centavos por cigarrillo enajenado y derogar el artículo Cuarto Transitorio que establecía el incremento gradual para implementarse a partir del 1 de enero de 2011, lo anterior significó un aumento neto de 7 pesos por cajetilla de 20 unidades.⁵⁸

Aunque en su momento se consideró como un avance marginal, la Ley del IEPS 2010, estableció la creación de la cuota específica por cigarrillo enajenado en México, que si bien como se menciona, al principio



Fuente: Ley del IEPS.

Figura 5. Política de Impuestos al Tabaco 1981-2009. Tomado de la referencia.⁵⁶

consideraba un monto muy pequeño, constituyó la base del incremento acordado para 2011.

Para explorar el apoyo de la población al incremento de los impuestos al tabaco, durante junio y julio de 2010 se realizó un estudio que exploraba el apoyo de la población general a la medida de incrementar el precio de los cigarrillos. La *figura 6* muestra que más de 70% de la población encuestada se manifestaba a favor de la medida.

El incremento de la cuota específica a \$0.35 por cigarro, representa un incremento de 23% respecto al precio de venta del 2009. Con la entrada en vigor de la Ley del IEPS 2011, la carga fiscal de los productos de tabaco en nuestro país se ubica en 69.2%, situando a México respecto de la Región de las Américas, por debajo de Uruguay, Venezuela y Chile cuya carga fiscal es de 87.3, 78 y 76%, respectivamente. De conformidad con el comportamiento histórico de la elasticidad-precio de los productos del tabaco en México, tomando como base la elasticidad precio de la demanda de cigarrillos estimada en -0.52⁵⁵, se considera que un aumento de 10% en el precio final determinará una caída de la demanda de 5.2% en promedio.

Con el incremento de 7 pesos por cajetilla logrado con la modificación de la cuota específica en 2011 se prevé una caída de 17% de la demanda por estos productos respecto del 2010.

CONCLUSIONES

México ha avanzado de forma consistente en el diseño e implementación de políticas públicas para el control del tabaco, sin embargo, nuestra legislación en la materia es joven y aún persisten áreas de oportunidad que requieren alinearse de manera cabal a lo estipulado en el CMCT/OMS. Esto representa un reto para el Sector Salud y para el Estado mexicano. Se requiere redoblar los esfuerzos para armonizar la LGCT al CMCT/OMS. En materia de legislaciones estatales robustas que mandatan que todo lugar cerrado de acceso al público será espacio 100% libre de humo de tabaco, sólo cinco entidades federativas cuentan con éstas. La Ciudad de México y Tabasco a partir del 2008^{59,60} y las aprobadas recientemente de Morelos, Veracruz y Zacatecas, cuyos respectivos reglamentos se encuentran en proceso de elaboración.

Por primera vez en muchos años, nos encontramos ante una coyuntura favorable para avanzar en el terreno del control del tabaco. El carácter de epidemia que ha adquirido el tabaquismo y las enfermedades asociadas nos obliga a implementar medidas estrictas de control que nos permitan disminuir la carga que representa para el sistema de salud de nuestro país. Aunado al impacto en salud, es importante resaltar el impacto económico y social que generan las enfermedades producidas por el tabaquismo; el consumo crónico de tabaco incre-

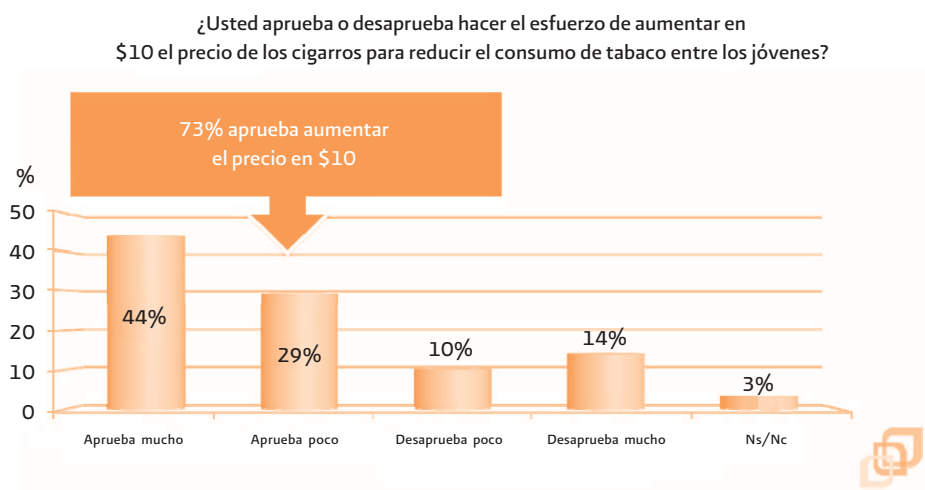


Figura 6. Aprobación de la población general al incremento del precio de la cajetilla de cigarrillos en 10 pesos. Parámetro, Investigación estratégica. Análisis de Opinión y Mercado. Documento interno Conadic

menta los costos de la atención médica y resulta en pérdidas de productividad laboral, con efectos en la carga financiera de los fumadores, sus familiares, aseguradores y empleadores. Los costos indirectos también son sustanciales. Estimaciones de estos costos muestran que pueden llegar a ser hasta 40 a 60% de los costos totales atribuibles al consumo de tabaco. Se ha estimado que en los países desarrollados las pérdidas de productividad corresponden aproximadamente a tres veces más los costos médicos directos.^{27,28} Esta situación podría agravarse aún más si tomamos en cuenta el pasivo laboral que nuestro país enfrenta en materia de pensiones. La transición demográfica que actualmente caracteriza a la sociedad mexicana, con una proporción creciente de individuos mayores de 65 años, que demandan servicios sociales que incluyen a la salud, representa hoy día 104% del producto interno bruto⁶¹, esta carga financiera se incrementará en los siguientes 15 a 20 años. Si añadimos el creciente consumo de tabaco entre los adolescentes y especialmente entre las mujeres jóvenes, hacia el 2030, nuestro país deberá enfrentar severos problemas para solventar los costos de la atención de una población prematuramente enferma, además del pasivo laboral.

La evidencia internacional ha mostrado que las políticas públicas consideradas en el CMCT y en el plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo MPOWER⁵⁴ deben ser implementadas en conjunto a través de legislaciones robustas y que las acciones para hacer cumplir las regulaciones deben ser permanentes y constantes. Si las políticas se implementan de manera desarticulada o aislada su impacto se diluye.

Asimismo, la literatura internacional reconoce que la implementación de las políticas públicas para el control de tabaco debe ser un esfuerzo sostenido, no errático y que para evaluar el impacto de estas políticas públicas es necesaria una ventana de tiempo suficientemente larga de al menos 15 años porque la nicotina es una sustancia altamente adictiva.⁶²

La estrategia de la industria tabacalera para frenar la implementación y el cumplimiento de las normativas de control del tabaco, así como para atraer nuevos clientes, en particular jóvenes y mujeres es muy agresiva. En la actualidad se reconoce que los intereses de la industria del tabaco, son contrarios a la salud pública, finalmente la industria promueve patrones culturales a largo plazo para retrasar la aplicación de las medidas de control, en México se han documentado las estrategias implementadas para neutralizar los esfuerzos del Estado.⁶³ En fechas recientes, hemos visto cómo los fabricantes de cigarrillos invocan derechos comerciales y de propiedad industrial para neutralizar los esfuerzos globales para el control del tabaco.⁶⁴

Finalmente, no podemos soslayar los avances del Estado Mexicano para proteger la salud y el bienestar de los habitantes, en junio de 2011, se publicó una reforma que reconoce la progresividad de los derechos humanos mediante el principio *pro persona* para brindar una mayor protección. El efecto principal de esta reforma es otorgar jerarquía constitucional a los tratados internacionales que protegen los derechos humanos. El Artículo 1o. Constitucional se reformó para incluir: “En los Estados Unidos

Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos..."⁶⁵

Todo lo anterior nos estimula a continuar con los esfuerzos que durante las últimas cuatro décadas se han implementado en nuestro país para avanzar en materia de control del tabaco.

REFERENCIAS

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* 2006; 3(11): e442.
2. Ezatti M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2002. *Lancet* 2003; 362(9387): 847-52.
3. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas. 4th. Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2012. Also available at www.TobaccoAtlas.org
4. Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México: Secretaría de Salud; 2003, p. 63.
5. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health [monografía en internet] 2004 [consultado 2012 mayo 21]. Disponible en http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm
6. California Environmental Protection Agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary. Sacramento, California Environmental Protection Agency [monografía en internet], June 2005 [consultado 2012 mayo 30]; [21pp]. Disponible en: <ftp://ftp.arb.ca.gov/carbis/regact/ets2006/app3exe.pdf>
7. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General-Executive Summary. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
8. Guindon GE, Boisclair D. Past, current and future trends in tobacco use. Washington, DC: World Bank; 2003 (<http://www1.worldbank.org/tobacco/pdf/Guindon-Past,%20current-%20whole.pdf>).
9. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization; 2008.

10. Consejo Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo. Secretaría de Salud. 2003.
11. Consejo Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo. Secretaría de Salud. 2009.
12. Heatherton TF, Koslowski LT, Frecker LC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction* 1991; 86: 1119-27.
13. Etter JF. A comparison of the content-, construct- and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerstrom test for nicotine dependence. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77(3): 259-68.
14. West R, Ussher M, Evans M, Rashid M. Assessing DSM-IV nicotine withdrawal symptoms: a comparison and evaluation of five different scales. *Psychopharmacology (Berl)* 2006; 184(3-4): 619-27.
15. Reynales SLM, Shamah LT, Méndez HI, Rojas MR, Lazcano PE. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2010.
16. Reynales-Shigematsu LM, Valdés-Salgado R, Rodríguez-Bolaños R, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
17. Gilmore A, et al. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *American Journal of Public Health* 2004; 94(12): 2177-87.
18. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Global youth tobacco survey. Atlanta, U.S. Centers for Disease Control and Prevention [monografía en internet], 2007 [consultado 2008 abril 30]. Disponible en <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts/datasets/policy.htm>
19. Valdés-Salgado R, Reynales-Shigematsu LM, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Antes y después del Convenio Marco en México: una comparación desde la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes 2003 y 2006. *Salud Pública Méx* 2007; 49(Sup. 2): 155-69.
20. Guindon GE, et al. The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature. Geneva: World Health Organization; 2006.
21. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 1997–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2005; 54(25): 625-8.
22. Vázquez-Segovia LA, Sesma-Vázquez S, Hernández-Ávila M. El consumo de tabaco en los hogares en México: resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1984-2000. *Salud Publica Mex* 2002; 44(Supl. 1): S76-S81.
23. Sesma-Vázquez S, Campuzano-Rincón JC, Carreón-Rodríguez VG, Knaut F, López-Antuñano FJ, Hernández-Ávila M. El comportamiento de la demanda de tabaco en México: 1992-1998. *Salud Publica Mex* 2002; 44(Supl. 1): S82-S92.
24. Reynales-Shigematsu LM, Juárez-Márquez SA, Valdés-Salgado R. Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en el IMSS, Morelos. *Salud Publica Mex* 2005; 47: 451-7.
25. Reynales-Shigematsu LM. Costos de atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en las Américas: revisión de la literatura. *Salud Publica Mex* 2006; 48(Supl. 1): S190-S200.

26. Max W. The financial impact of smoking on health-related cost: A review of the literature. *Am J Health Promot* 2001; 15(5): 321-31.
27. Lightwood J, Collins D, Lapsley H, Novotny T. Estimating the costs of tobacco use. In: Jha P, Chaloupka F (eds.). *Tobacco control in developing countries*. Oxford: Oxford University Press; 2000, p. 63-99.
28. Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, Reynales Shigematsu LM. *La Economía del Tabaco y los Impuestos al Tabaco en México*. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2010.
29. Reynales-Shigematsu LM, Juárez-Márquez SA, Valdés-Salgado R. Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en el IMSS, Morelos. *Salud Publica Mex* 2005; 47: 451-7.
30. Organización Mundial de la Salud. *Convenio Marco para el Control del Tabaco*. [monografía en Internet] Ginebra: Suiza 2003 [consultado 2008 abril 30]. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/sa56r1.pdf
31. Da Costa e Silva V, Nikogossian H. El Convenio Marco de la OMS: la globalización de la salud pública. *Prevención del tabaquismo* 2003, 5(2): 71-5.
32. World Health Organization. *Building blocks for tobacco control: A handbook* [monografía en internet]. Geneva, Switzerland 2004 [consultado 2008 abril 30]. Disponible en http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobaccocontrol_handbook/en/
33. Wipfli H, Stillman F, Tamplin S, da Costa e Silva VL, Yach D, Samet J. Achieving the Framework Convention on Tobacco Control's potential by investing in national capacity. *Tob Control* 2004; 13(4): 433-7.
34. Thompson F, Fagerström K. Current trends in international tobacco control. *Clin Occup Environ Med* 2006; 5(1): 101-16, ix
35. Valdes SR. El Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Salud Pública Méx* 2003; 45(3): 153-4.
36. Valdes SR. La ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Salud Pública Méx* 2004; 46(3): 202-3.
37. Diario Oficial. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. CODIGO Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. 13 marzo, 1973; CCCVII (9): 17-50.
38. Diario Oficial. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 3 febrero, 1983; CCCLXXI (24): 2-8.
39. Diario Oficial. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. 7 febrero, 1984; CCCLXXII (27): 24
40. Diario Oficial de la Federación. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Reglamento sobre Consumo de Tabaco. 27 julio, 2000; DLXII (19): 26-29.
41. Diario Oficial de la Federación. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Decreto por el que se expide la Ley General para el Control del Tabaco; y deroga y reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud. 30 mayo, 2008; DCLVI (20): 54-62.
42. Rodríguez AJ, Regalado J. Hacia las políticas públicas para el control del tabaco. En: *Tabaquismo en México ¿Cómo evitar 60,000 muertes prematuras al año*. María Elena Medina Mora (coord.). México: El Colegio Nacional; 2010.
43. Regalado-Pineda J, Rodríguez-Ajenjo CJ. La función de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco en México. *Salud Publica Mex* 2008; 50(Supl. 3: S355-S365.

-
44. Secretaría de Salud.- México, D.F.: Plan Nacional de Salud; 2007-2012.
 45. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General.- [Atlanta, Ga.]: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, [2006].
 46. Weinstein ND, Slovic P, Waters E, et al. Public understanding of the illnesses caused by cigarette smoking. *Nicotine Tob Res* 2004; 6: 349-55.
 47. Pollay RW. The role of packaging seen through industry documents. Expert Report Prepared for: JTI-Macdonald., Imperial Tobacco Canada Ltd and Rothmans, Benson & Hedges Inc. v. Attorney General of Canada and Canadian Cancer Society (intervenor). Supreme Court. Province of Quebec, District of Montreal, Defense Exhibit D-116, 2001.
 48. Pollay RW, Dewhirst T. The dark side of marketing seemingly "Light" cigarettes: successful images and failed fact. *Tob Control* 2002; 11(Suppl. 1): i18-31.
 49. Pollay RW, Dewhirst T. Marketing cigarettes with low machine measured yields. *Smoking and Tobacco Control Monograph 13: Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine- Measured Yields of Tar and Nicotine*. Bethesda (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Institutes of Health; National Cancer Institute, 2001, p. 199-233.
 50. Kozlowski LT, O'Connor RJ. Cigarette filter ventilation is a defective design because of misleading taste, bigger, puffs, and blocked vents. *Tob Control* 2002; 1(Suppl. 1): i40-50.
 51. Diario Oficial de la Federación. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Acuerdo mediante el cual se dan a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar en todos los paquetes de productos del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos 24 diciembre, 2009. DCXXV (18): 89-103
 52. James F, Thrasher JF, Matthew C. Rousu MC, Hammond D, Navarro A, Corrigan JR. Estimating the impact of pictorial health warnings and "plain" cigarette packaging: Evidence from experimental auctions among adult smokers in the United States. *Health Policy* 2011; 102: 41-8.
 53. Strahan EJ, White K, Fong GT, Fabrigar LR, Zanna MP, Cameron R. Enhancing the effectiveness of tobacco package warning labels: a social psychological perspective. *Tobacco Control* 2002; 11: 183-90.
 54. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. World Health Organization; 2009.
 55. Jiménez-Ruiz JA, Sáenz de Miera B, Reynales-Shigematsu LM, Waters HR, Hernández-Ávila M. *Tobacco Control* 2008; 17: 105-10. doi:10.1136/tc.2007.021030
 56. Reynales SLM. Impacto económico del tabaquismo. Costos de atención médica y efecto del aumento del precio e impuestos. En: *Tabaquismo en México ¿Cómo evitar 60,000 muertes prematuras al año*. Medina MME (coord.). México: El Colegio Nacional; 2010.
 57. Diario Oficial de la Federación. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas
-

- disposiciones de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios. 27 de Noviembre de 2009. DCLXXIV (19): 2-6.
58. Diario Oficial de la Federación. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios. 27 de Noviembre de 2009. DCLXXXVI (16): 2.
59. Gaceta Oficial del Gobierno del Distrito Federal. Decreto por el cual se reforma la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal. 4 de Marzo de 2008.
60. Periódico Oficial del Estado de Tabasco. Decreto 078 que Reforma y Adiciona la Ley de Salud del Estado en materia de tabaco. 10 de mayo, 2009.
61. Vázquez-Colmenares P. Pensiones en México. La próxima crisis. Siglo XXI Editores; 2012.
62. Guerrero A, Madrazo A, Cruz J, Ramírez T. Identificación de las estrategias de la industria tabacalera en México. Centro de Investigación y Docencia Económicas; 2010.
63. Ferrante D, Levy D, Peruga A, Compton C, Romano E. The role of public policies in reducing smoking prevalence and deaths: the Argentina Tobacco Policy Simulation Model. Rev Panam Salud Pública 2007; 21(1): 37-49.
64. WHO. Confronting the tobacco epidemic in a new era of trade and investment liberalization. World Health Organization; 2012.
65. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Reformas Constitucionales en materia de Amparo y Derechos Humanos publicadas en junio de 2011 (Relación de tratados internacionales de los que el Estado Mexicano es parte en lo que se reconocen Derechos Humanos). Disponible en <http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/>



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



XI.

Epidemiología del tabaquismo en México

Dr. Pablo Kuri Morales,* Dr. Justino Regalado Pineda**

* Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaría de Salud

** Oficina Nacional para el Control del Tabaco. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevalencia mundial del tabaquismo es aproximadamente de 20%. Los fumadores a nivel global consumieron cerca de 5.9 trillones de cigarrillos durante el año de 2009, lo que representa un incremento de 13% en comparación con la década previa.¹ Cada año fallecen cerca de 6 millones de personas como consecuencia de enfermedades asociadas al consumo de tabaco, lo que equivale a más de 16 mil muertes diarias, de los cuales, aproximadamente 80% ocurren en países de ingresos medios y bajos como el nuestro.^{1,2} A las cifras anteriores se suman 600 mil muertes al año por exposición involuntaria al humo de tabaco, de las cuales, 75% ocurren entre mujeres y niños.¹

El tabaquismo representa el principal factor de riesgo para muerte prematura a nivel mundial y se estima que es responsable de aproximadamente 9% de la mortalidad global.^{2,3} Se calcula que hasta 50% de los fumadores crónicos muere prematuramente como consecuencia del tabaquismo, las causas de muerte entre hombres y mujeres fumadores con el mismo patrón de consumo, resultan ser muy similares. Aproximadamente la mitad de esas muertes ocurre durante la etapa económicamente productiva de la vida, antes de la jubilación (entre los 35 y los 69 años), lo cual resulta en la pérdida de al menos entre 10 y 15 años de vida saludable.⁴

En la actualidad se estima que el mayor impacto de la carga del tabaquismo en materia de mortalidad recae en los países de ingresos altos, seguidos de los países de ingresos medios, siendo los países de ingresos bajos los menos afectados. Sin embargo, debido a las tendencias que señalan un incremento en la prevalencia del tabaquismo en los países de ingresos bajos y medios, mientras que la prevalencia de consumo ha bajado en los países con mayores ingresos, se calcula que en los siguientes años la proporción de muertes por enfermedades asociadas al consumo de tabaco, podría incrementarse y concentrarse en los países de ingresos bajos y medios.^{2,3}

En México ocurren entre 25,000 y 60,000 muertes diarias entre personas fumadoras por enfermedades asociadas al consumo crónico de productos del tabaco.⁵⁻⁸

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), la prevalencia nacional de consumo de cigarrillos en la población urbana entre 12 y 65 años de edad es de 20.4%, lo que representa aproximadamente 14 millones de fumadores activos; 17.2% corresponde a ex fumadores y 64.4% a no fumadores; del total de fumadores activos, 2.2 millones presentan datos de adicción y dependencia a la nicotina (consumo del primer cigarrillo dentro de los primeros 60 minutos después de despertar; consumo de > 20 cigarrillos al día). Los fumadores activos, conviven diariamente con otros 11 millones de personas que no fuman, pero

que se encuentran expuestos de manera involuntaria al humo de tabaco en el ambiente^{5,9} (ENA 2008).

El comportamiento de la prevalencia del consumo de tabaco en la población mexicana se ha mantenido estable durante los últimos 15 años (*Cuadro 1 y Figura 1*), observándose, en general, una tendencia hacia el abandono del consumo en la población general.^{9,10} La población masculina se ha mantenido estable con una prevalencia de aproximadamente 39% desde la primera Encuesta Nacional de Adicciones. La población de mujeres fumadoras ha crecido discretamente desde 14.4% en 1988 a 16.1% en la ENA, 2002.⁹

TABAQUISMO EN ADULTOS

En el año 2002 la población de sexo masculino entre 12 y 65 años de edad, residentes en zonas urbanas de México, mostraba una mayor prevalencia de tabaquismo que las mujeres, 39.1 y 16.1%, respectivamente, para 2008 la cifra se situó en 29.8 y 11.8%, respectivamente. El promedio de consumo diario se ubica en ocho cigarrillos⁹ (ENA 2008).

La prevalencia de personas ex-fumadoras del sexo masculino residentes en zonas urbanas en 2002 fue de 23%, lo que equivale aproximadamente a 5 millones de hombres que dejaron de fumar, mientras que la prevalencia de ex-fumadoras entre la población urbana del sexo femenino fue de 14.3%, lo que corresponde aproximadamente a

4 millones de mujeres. En 2008 la prevalencia de personas ex-fumadoras del sexo masculino residentes en zonas urbanas fue de 21%, mientras que la prevalencia de ex-fumadores entre la población urbana del sexo femenino fue de 13.5%. Según este análisis, se aprecia una mayor tendencia al abandono entre la población masculina en comparación con la población femenina. La *figura 1* ilustra el comportamiento de fumadores, ex fumadores y no fumadores en la ENA (9-11).

Otras encuestas han mostrado datos similares. La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS, por sus siglas en inglés) realiza un seguimiento sistemático del tabaquismo en adultos, utilizando metodología estandarizada a nivel global, lo que le confiere la ventaja de ser un instrumento de comparación a nivel internacional (referencia GATS). De acuerdo con esta encuesta en México fuma 16% de la población mayor de 15 años, lo que corresponde a 11 millones de mexicanos, de los cuales 25% son hombres (8 millones) y 8% son mujeres (3 millones); el promedio de consumo diario fue de nueve cigarrillos (hombres diez cigarrillos/día; mujeres ocho cigarrillos/día), como se aprecia, el consumo de tabaco en México es moderado, llama la atención que entre los adultos fumadores, el promedio de consumo entre hombres y mujeres es muy similar.¹²

De acuerdo con esta encuesta, 69% de la población encuestada nunca ha fumado. Otros datos de interés que se desprenden de la encuesta son: 72% de los fumadores quiere dejar de fumar; 32% de

Cuadro I. Tendencia en la prevalencia de Tabaquismo en México.

Encuestas Nacionales en Adicciones	Prevalencia		
	Fumadores (Área urbana) %	Hombres %	Mujeres %
1988	25.8	38.3	14.4
1993	25.1	38.3	14.2
1998	27.7	42.9	16.3
2002	26.4	39.1	16.1

Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones/SSA 1988, 1993, 1998 y 2002.

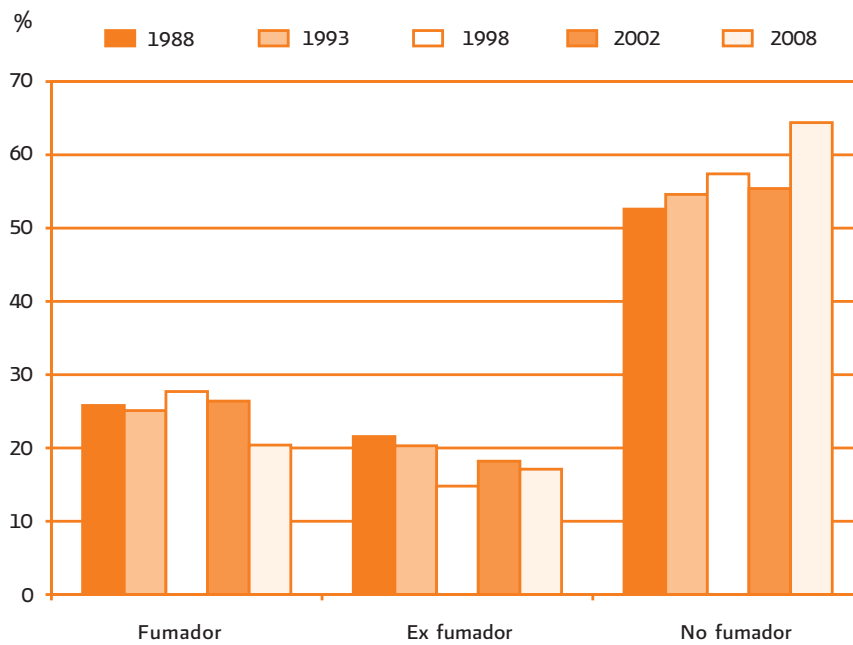


Figura 1. Prevalencia de consumo de tabaco en México, Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 1988, 1993, 1998, 2002, 2008.

los ex fumadores, dejaron de fumar en el año previo a la encuesta; 50% de los fumadores realizaron al menos un intento por dejar de fumar; 11% de los habían fumado en el último año, tuvieron éxito en dejar de fumar; 25% de los fumadores que intentaron dejar de fumar consultó a un proveedor de servicios de salud en el año previo; al 65% de los fumadores que intentaron dejar de fumar se les preguntó sobre su estatus de fumador; solamente 27% de los que dejaron de fumar en el último año recibió asesoría médica; entre los fumadores que dejaron de fumar en el año previo, 6% recibió algún medicamento para dejar de fumar, 3% recibió consejería específica para dejar de fumar y 90% considera que dejó de fumar gracias a la fuerza de voluntad.¹²

Un hecho relevante que merece mención es el relacionado con el incremento en el consumo de tabaco entre las mujeres mexicanas. Llama la atención la relación entre hombres y mujeres que fuman en las áreas urbanas de México. Mientras que en 1988 la relación hombre: mujer era de 4:1, ésta ha disminuido a lo largo de los años para ubicarse en 2.6:1, lo que sugiere un incremento sostenido en el número de fumadoras durante los últimos 20 años (*Figura 2*).^{10,12} La tendencia en la reducción de la proporción hombre: mujer en materia de tabaquismo, se debe principalmente a un incremento en el número de mujeres fumadoras. Entre la población masculina la prevalencia de tabaquismo se ha mantenido estable e inclusive ha mostrado una discreta reducción, sin embargo, entre la población femenina la prevalencia de tabaquis-

mo muestra una tendencia ascendente en el periodo comprendido entre 1988 y 2002 (*Figura 2*).^{5,9,10}

TABAQUISMO EN ADOLESCENTES

Otro aspecto relevante con referencia al tabaco en México es el uso entre adolescentes. Desde 1988 se ha observado un aumento en la proporción de adolescentes que fuman regularmente (*Figura 3*).^{5,9-13}

La Encuesta Global de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés). Diseñada en 1998, se aplicó por primera vez en 1999 y actualmente 192 países han participado. México se unió pronto a este proyecto y en el año 2000 se hizo la primera aplicación en la ciudad de Monterrey. Desde entonces se ha aplicado en diversas ciudades de la República Mexicana, la encuesta fue implementada en 2003 y participaron ciudades del norte, centro y suroeste, con lo que se sentaron las bases para sucesivas aplicaciones en una decena de ciudades en 2005, 2006 y 2008. La encuesta se aplica a estudiantes de 13 a 15 años de edad.¹⁴

De acuerdo con la ETJ 2003, realizada en estudiantes de secundaria de 13 a 15 años de edad en 10 ciudades mexicanas, se observó que 53% de los jóvenes han probado el cigarrillo alguna vez en

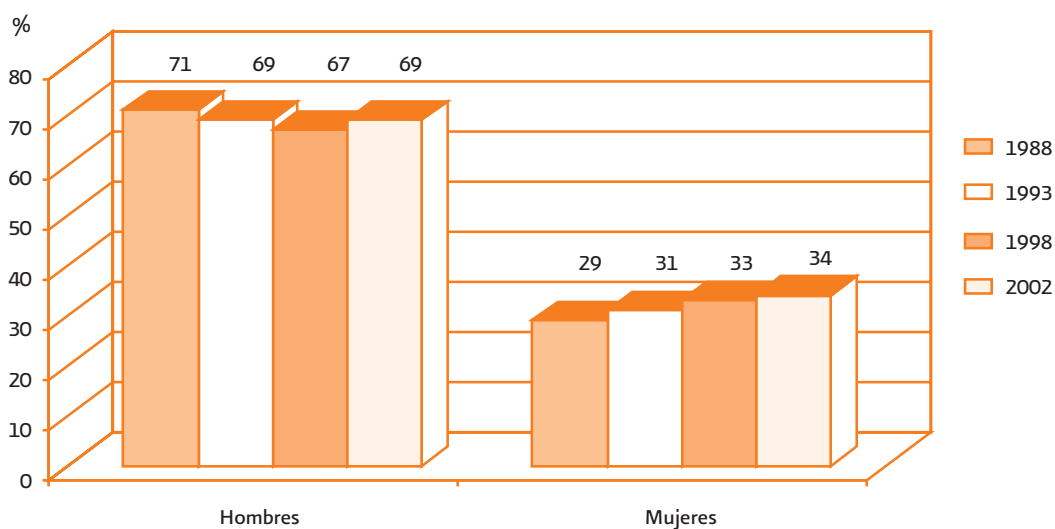


Figura 2. Prevalencia de consumo de tabaco en México, según género, 1988, 1993, 1998, 2002. Del total de fumadores clasificados según género, se observa un aumento creciente del tabaquismo entre las mujeres.

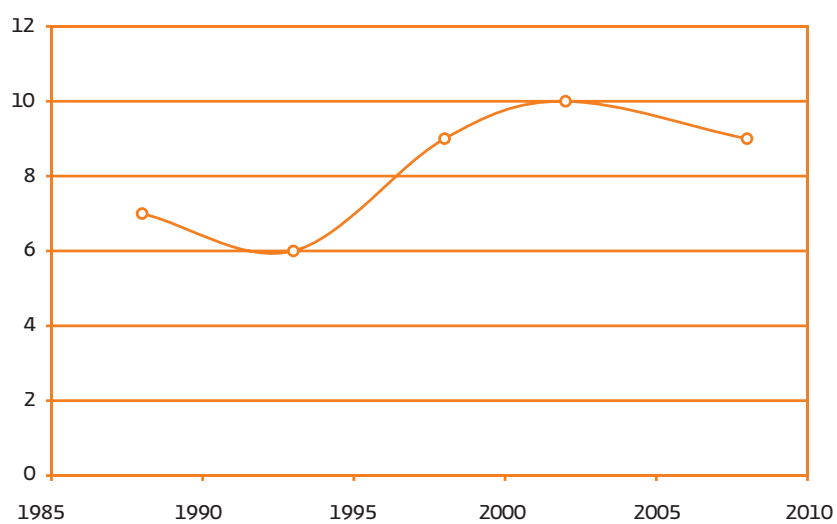


Figura 3. Prevalencia del uso de tabaco en adolescentes de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 1988 a 2008.

su vida y 20% fuma regularmente cigarrillos (*Figura 4*). Uno de cada dos estudiantes ha probado el cigarrillo y uno de cada cinco fuma regularmente.¹⁵

Analizando las versiones de la ETJ de 2005, 2006 y 2008, encontramos que la prevalencia de estudiantes fumadores entre 13 y 15 años se encontraba entre 10.5 y 27.8%. El consumo más alto se presentó en Toluca (27.5%), Puebla (27.5%) y Ciudad de México (27.8%); y los más bajos en Colima (11.5%) y Culiacán (10.5%). No se encontraron diferencias en el consumo de tabaco entre niños y niñas, es importante resaltar que en Campeche, La Paz, Morelia y Pachuca la prevalencia de consumo de tabaco en mujeres fue mayor que en hombres (*Figuras 5 y 6*). Al comparar la prevalencia de tabaquismo en jóvenes entre 2003 y 2006, se observó un incremento de aproximadamente 25%.¹⁶

Aunado a lo anterior, un aspecto que preocupa es la proporción de adolescentes que muestran datos de adicción y dependencia a la nicotina. Desde el punto vista clínico, se acepta como un indicador confiable de adicción el número de cigarrillos fumados al día y el tiempo que transcurre entre que el fumador o fumadora despierta y se fuma su primer cigarrillo.¹⁷⁻¹⁹ El análisis descriptivo de las diversas versiones de la ETJ nos demuestra que una proporción considerable de los jóvenes de 13 a 15 años de edad que fuman, muestra signos de adicción a la nicotina (*Figura 7*). De acuerdo con la ETJ se estima que 7.6% de los estudiantes tiene adicción a la nicotina (fuman más de seis cigarrillos al día). Los valores más altos se observaron en Tijuana

(14.9%), Villahermosa (12.2%), Culiacán (12.1%), Cuernavaca (11.9%) y Ciudad Juárez (11%). Los más bajos en Colima (2.6%), Saltillo (3.8%) y Tepic (4.6%) (datos no mostrados). El problema de la adicción es mayor entre los niños comparados con las niñas, sin embargo, es posible apreciar como en algunas ciudades como La Paz, BCS, Oaxaca y Toluca, las niñas muestran mayores prevalencias de dependencia a la nicotina.¹⁴

En resumen, la ETJ nos muestra los siguientes resultados:

- Más de la mitad de los adolescentes entre 13 y 15 años en México han experimentado con el cigarro, al menos una vez en su vida.
- Entre 10.5 y 27.8% de los adolescentes son fumadores activos (al menos un cigarrillo en los últimos 30 días).
- No existe diferencia en el consumo de tabaco entre hombres y mujeres jóvenes, incluso en algunas entidades federativas el consumo es mayor entre mujeres.
- Entre 5 y 15% de los estudiantes encuestados han consumido algún producto del tabaco diferente al cigarro como pipa, puros, tabaco para inhalar o mascar.
- Entre 2 y 12% muestra signos de dependencia a la nicotina.

La edad de inicio del tabaquismo comparativamente ha mostrado una reducción notable, mientras que en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988, la edad promedio de inicio era de 21 años, en la ENA

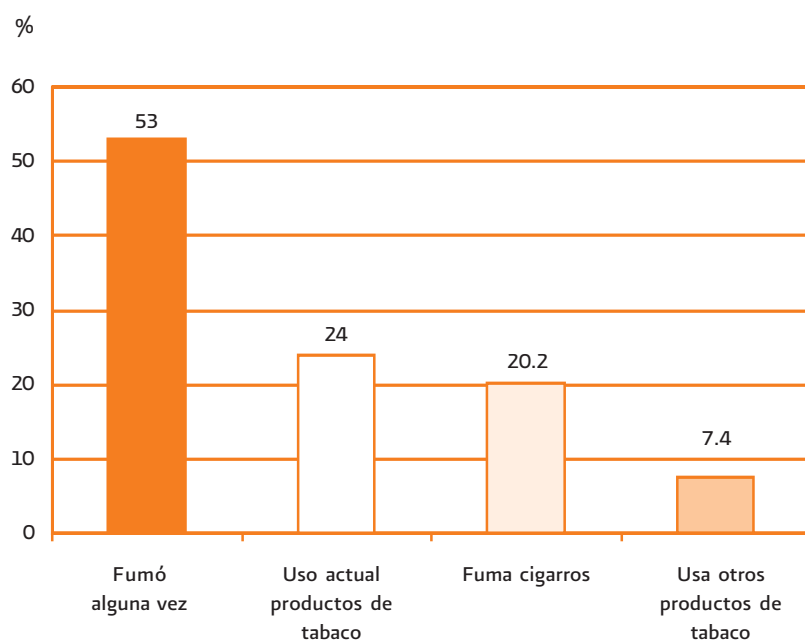


Figura 4. Prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de 13 a 15 años de edad. Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en la Juventud. México, 2003. Adaptado de la referencia 15.

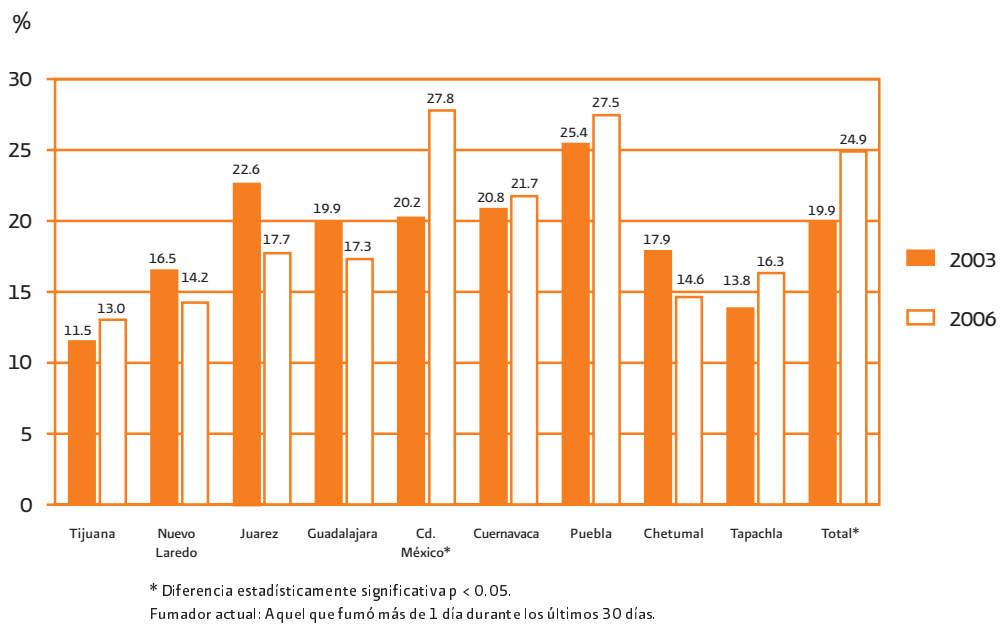


Figura 5. Prevalencia de Tabaquismo en Jóvenes de acuerdo con la ETJ.

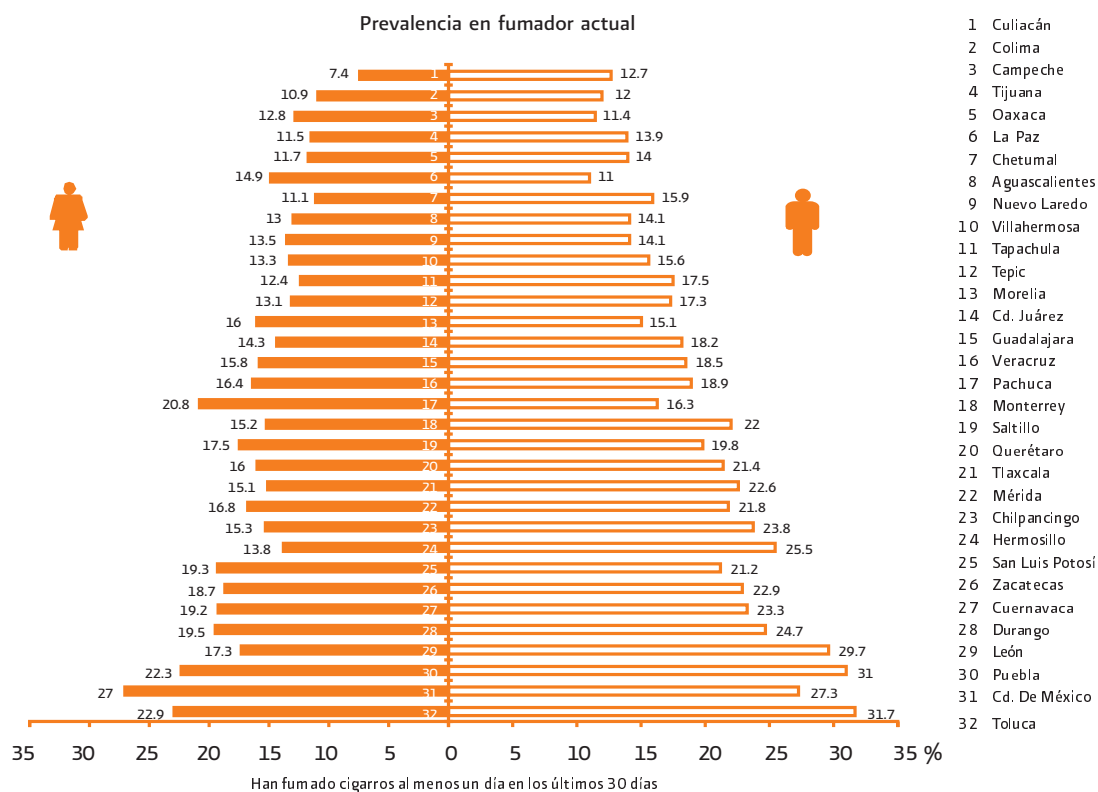


Figura 6. Prevalencia de consumo de tabaco entre estudiantes de 13 a 15 años de edad por ciudad. Tomado de la referencia 13.

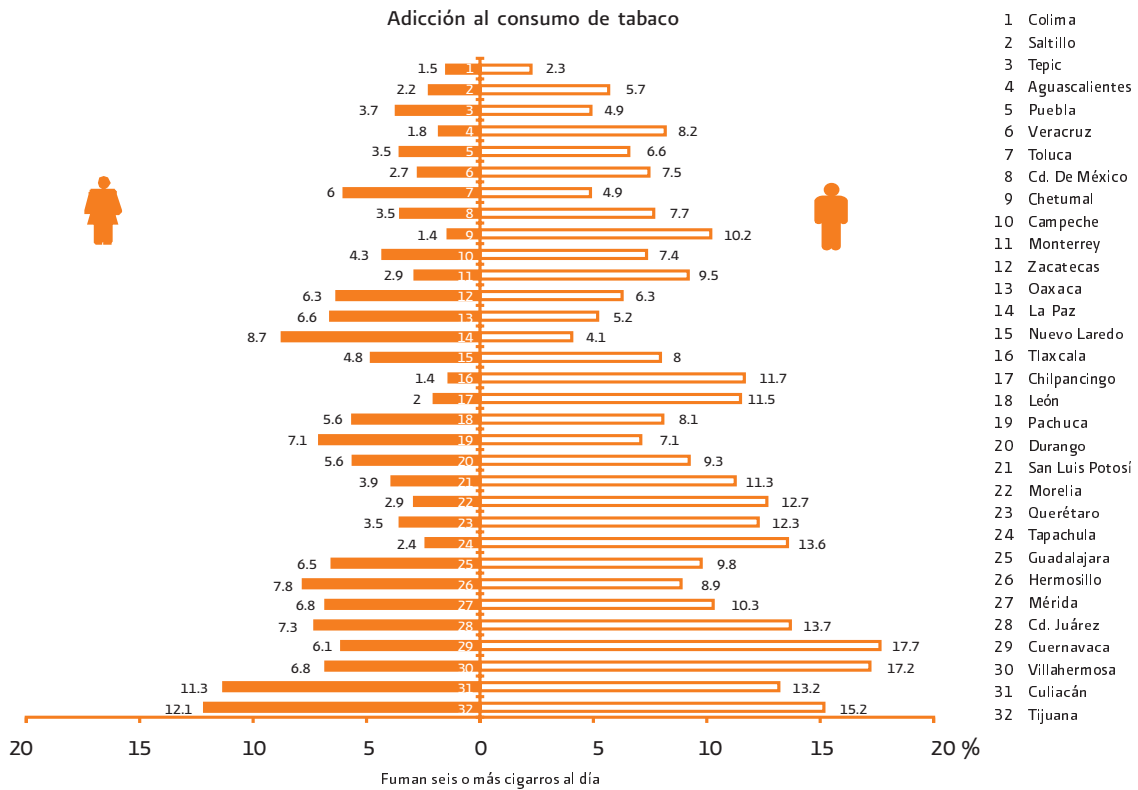


Figura 7. Dependencia a la nicotina en jóvenes de 13 a 15 años de edad. ETJ 2003-2008.

2002 se ubicó en los 15 a 17 años. En la misma encuesta, si se analiza la edad de inicio en el consumo regular de cigarrillos en la población más joven, de 12 a 17 años, se aprecia que en este segmento la edad de inicio es aun menor, entre los hombres de 12 a 17 años de edad residentes en áreas urbanas, 10% comenzó a fumar antes de los 11 años, situación que no se observó entre las mujeres. Lo anterior revela un inicio cada vez más temprano en la población mexicana (*Figura 8*).²⁰

La misma situación se observó al analizar la edad de inicio del tabaquismo en los jóvenes de acuerdo con la ETJ, México 2003, donde se aprecia que 69% de los jóvenes refiere haber iniciado a los 12 años de edad o inclusive a edades menores¹⁵ (*Figura 9*). Un dato que llama la atención es el incremento de la proporción de la población adolescente de México que refiere el inicio del tabaquismo antes de los 10 años de edad. De la misma manera, llama la atención que 6% de los jóvenes encuestados mostraban datos de dependencia a la nicotina.¹⁵

LOS COSTOS DEL TABAQUISMO

El costo del tabaquismo en México en términos de morbilidad y mortalidad también resulta impactante.^{21,22} Una estimación demuestra que 5.2% de todas las muertes en México en 2004 fueron atribuibles al tabaquismo. El análisis por regiones de acuerdo con las áreas geoestadísticas básicas mostró que las regiones más ricas demostraron una mayor mortalidad atribuible al tabaquismo; en la región del norte de México, el tabaquismo fue responsable de 9% de las muertes.²³

La mortalidad prematura debido al consumo de tabaco reduce la productividad laboral y el crecimiento económico potencial. Para los hogares, las muertes prematuras causan una pérdida de ganancias y una disminución de los ahorros y las inversiones familiares. Es probable que la muerte precoz de un padre o una madre tenga efectos a largo plazo en la educación y el nivel de vida de los hijos.²⁴

Desde hace décadas se conoce que el consumo de tabaco produce enfermedad y muerte prematura²⁵ a causa de más de 25 enfermedades, entre ellas diferentes tipos de cáncer (cáncer de pulmón), enfermedades respiratorias crónicas (enfisema y bronquitis crónica) y cardiovasculares (infarto agudo), y otras de ocurrencia más frecuente como neumonías, cataratas y periodontitis,^{26,27} las cuales imponen un alto costo económico y social.²⁸ En países de ingresos altos se estima que el costo de la atención de enfermedades atribuibles al consumo de tabaco representa entre 0.1 y 1.1 por ciento del producto interno bruto (PIB), lo que equivale de 6 a 15% del gasto total en salud.²⁴

Con información obtenida del Sistema Nacional de Información en Salud,* que opera la Secretaría de Salud, es posible analizar el número de casos de enfermedades asociadas con el tabaquismo que se atienden en el sistema. De acuerdo con la información disponible es posible analizar el número de egresos hospitalarios de las cuatro enfermedades principales relacionadas con el consumo de tabaco en un periodo específico.

* www.salud.gob.mx

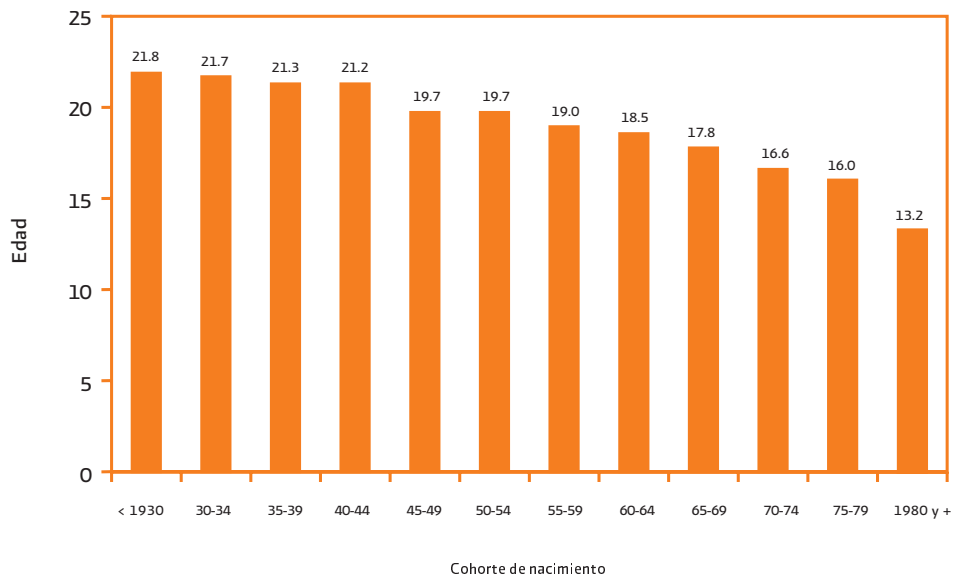


Figura 8. Edad de inicio del tabaquismo, según cohorte de nacimiento de los fumadores. México 1988-1998 (Elaboración propia con datos de la ENA). Fuente: Encuestas Nacionales de Adicciones 1988, 1993, 1998.

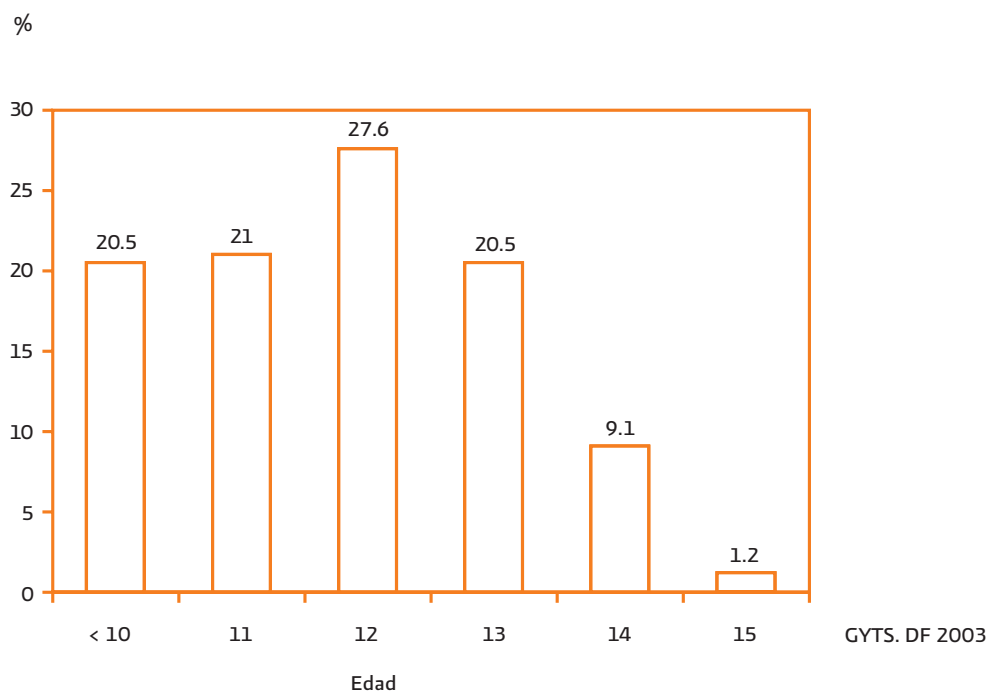


Figura 9. Edad de inicio del tabaquismo en jóvenes que han probado alguna vez el cigarrillo. Encuesta Mundial de Tabaquismo en la Juventud, México 2003. Adaptado de la referencia 14.

En el *cuadro II* se observa la presencia de las principales enfermedades asociadas al tabaco con relación al total de los egresos hospitalarios en las instalaciones del sector público federal, que incluye al IMSS, IMSS Oportunidades, Secretaría de Salud, ISSSTE, PEMEX y SEMAR.

En promedio 2% del total de los egresos hospitalarios en las instalaciones hospitalarias del sector público corresponden a alguna de las cuatro principales enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Por infarto agudo del miocardio se presentaron 13,633 egresos hospitalarios durante el 2006; por enfermedades cerebro vasculares se reportaron 42,201 casos; en los expedientes clínicos se apuntaron 30,901 egresos por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, y 5,883 egresos hospitalarios se atribuyeron a cáncer de pulmón.²⁹

En el *cuadro III* se presentan las estimaciones de la fracción atribuible al consumo crónico del tabaco en relación con las cuatro principales enfermedades causadas por el consumo crónico de productos de tabaco en la población general. El 61% de los casos de infarto al miocardio son causados por el tabaquismo; 49% de los casos de enfermedad cerebro vascular, infartos y hemorragias cerebrales, se asocian con el tabaquismo; 69% de los casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC, son causados por fumar; finalmente 66% de los casos de cáncer de pulmón se atribuyen al tabaquismo de los pacientes.^{21,30,31}

La fracción atribuible al consumo de tabaco se refiere al porcentaje del total de egresos hospitalarios que pueden ser asociados con rigor estadístico al consumo de tabaco, tanto de fumadores como de ex fumadores. En este cálculo no están considerados los riesgos de las personas no fumadoras asociadas a la exposición al humo de tabaco de segunda mano. El *cuadro IV* presenta la Fracción Atribuible al tabaco de las principales enfermedades, así como la estimación del número de casos atribuibles al tabaco en nuestro país en el año 2008.

Tomando en consideración que la fracción atribuible a un factor de riesgo se refiere a la proporción de casos de una enfermedad ocasionados por exposición al factor de riesgo, en este caso el uso del tabaco resulta relevante el número de casos de las enfermedades en cuestión, que pueden prevenirse en México derivados de la reducción en el consumo de los productos del tabaco.

La misma información puede analizarse desde la perspectiva de género. El 55.76% de las muertes por neoplasias registradas en México en individuos del sexo masculino y 27% de las muertes por tumores malignos en mujeres, se asocian con el consumo crónico de cigarrillos.³² En cuanto a la mortalidad por padecimientos cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebro-vascular, etc.), se asocian con el tabaquismo en hombres y mujeres 21 y 13%, respectivamente. El tabaquismo se asocia con 64% de las muertes en hombres y 53% de las muertes en mujeres por enfermedades respira-

Cuadro II. Egresos hospitalarios 2004-2006.

	2004	2005	2006
Total de egresos hospitalarios	4,416,313	4,539,477	4,658,305
Subtotal de las cuatro enfermedades seleccionadas	91,693	96,394	92,618
Participación relativa en el total de egresos	2.08%	2.12%	1.99%

Cuadro III. Estimación de la fracción atribuible al tabaquismo en México.

61%	49%	69%	66%
• Infarto agudo del miocardio	• Enfermedad cerebro vascular	• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	• Cáncer de pulmón

Cuadro IV. Casos incidentes y prevalentes IAM, ECV, EPOC, CP. México 2008.

	Casos	FAP	Atribuibles a tabaco
IAM	51,870	0.61	31,641
ECV	43,777	0.49	21,451
EPOC	10,314	0.69	7,117
CP	5,848	0.66	3,860

torias crónicas, principalmente enfisema pulmonar. Se estima que el consumo crónico de tabaco reduce en promedio entre 10 y 20 años potenciales de vida saludable de las personas en quienes se diagnostican tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebro-vasculares y enfisema pulmonar. Este impacto en la salud y en la calidad de vida es mayor en los casos en los que se desarrolla un tumor maligno o en quienes se diagnostica una enfermedad cerebro-vascular. De la misma manera, se observa que las mujeres pierden más años potenciales de vida saludable que los hombres cuando se les diagnostica algún tipo de neoplasia o enfermedad cerebrovascular.

El impacto económico por la atención de padecimientos relacionados con el consumo del tabaco también se ha estudiado en México.^{24,31}

En el **cuadro V** se presenta el análisis de los costos promedio de atención en México por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco elaborado por el INSP. En un abordaje conservador los costos por atención de las principales enfermedades causadas por el tabaquismo en nuestro país, asciende a 23 mil millones de pesos, mientras que en un escenario alto, el costo podría llegar hasta los 43 mil millones de pesos al año.^{24,31}

De acuerdo con el estudio “Economía del Tabaco” publicado por el INSP, el presupuesto asignado al Sector Salud para atención de las enfermedades atribuibles al consumo del tabaco ascendió en 2010

a \$15 mil millones de pesos, sin embargo, debe tomarse en cuenta que 50% de la población se encuentra expuesta a este tipo de enfermedades (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC, enfermedad vascular cerebral y cardiopatía isquémica e hipertensiva) de las cuales, el 50% no se conoce enferma. Lo anterior significaría que el gasto por atención de enfermedades asociadas al consumo de tabaco ascendería a 75 mil millones de pesos.²⁴

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el costo anual total por concepto de las cuatro enfermedades mencionadas asciende a 12,100 millones de pesos. Los costos atribuibles al consumo de tabaco ascienden a 7,100 millones de pesos, es decir, 59% del costo total por la atención de las cuatro enfermedades, se asocia con el tabaquismo de los pacientes. La cantidad atribuible al tabaquismo equivale a 4.3% del gasto de operación de la institución en el año 2004.³¹

Aunque los cálculos de los costos de atención médica antes mencionados dan un valor monetario a los gastos directamente atribuibles a enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en México, existen otros costos diversos que con frecuencia se pasan por alto, incluidos aquellos por la disminución de la productividad laboral, las pérdidas económicas ocasionadas por las muertes prematuras, el crecimiento económico reducido y la inversión insuficiente en capital humano debido a un menor gasto en salud y educación. Es probable que los costos del tabaquismo

Cuadro V. Análisis de Costos por las cuatro principales enfermedades causadas por consumo de tabaco en México en el año 2008.

Análisis de Escenario						
			Costo promedio por evento		Costos totales	
Casos	FAP	Atribuibles a tabaco	Conservador \$	Alto \$	Conservador \$	Alto \$
IAM	0.61	3,1641	425,480.6	615,969.3	13,462,503,789.0	19,489,701,005.4
ECV	0.49	2,1451	212,281.1	327,224.2	4,553,584,342.1	7,019,198,750.3
EPOC	0.69	7,117	97,443.7	180,659.6	693,473,911.7	1,285,692,836.9
CP	0.66	3,860	1,252,485.6	3,965,362.1	4,834,193,785.7	15,305,028,726.1
					23,543,755,828.5	43,099,621,318.7

no relacionados con la atención médica, los cuales incluyen las pérdidas en capital humano y productividad, sean aún más altos que los costos de salud directos. Estudios internacionales han demostrado que esos costos pueden ser tanto como tres veces superiores a los costos de atención médica.³³

Tomando en cuenta que el tabaquismo constituye la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial,³⁴ se hacen necesarias medidas urgentes para reducir la prevalencia de tabaquismo entre la población como una medida de prevención a largo plazo.

CONCLUSIONES

En el presente documento plantea un panorama general del tabaquismo como un serio problema de salud pública, con datos que nos dan una idea clara de la magnitud del problema en México. La mayor parte de los estudios que documentan los riesgos para la salud derivados del tabaquismo, se han realizado con base en los fumadores de cigarrillos manufacturados, los cuales son los más extensamente utilizados por los fumadores.³⁵ En este sentido es importante aclarar que los cigarrillos manufacturados son en realidad dispositivos de auto administración de nicotina, los cuales han sido tecnológicamente diseñados para enmascarar los efectos desagradables de la inhalación del humo, adicionados con saborizantes y aditivos para mejorar el sabor del producto, así como para acelerar el efecto de la nicotina en el cerebro de los fumadores.³⁶⁻³⁸

Además de lo anterior, las compañías fabricantes de cigarrillos utilizan campañas agresivas de mercadeo, especialmente dirigidas a población joven y a las mujeres para incrementar y mantener el consumo de sus productos.^{40,41}

De acuerdo con los datos presentados, se sugiere una estabilización en la prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta, así como una tendencia a la reducción en el consumo, especialmente en población masculina. Entre 1988 y 2002 la prevalencia en ambos sexos de nunca fumadores aumentó 10%, pero dicho aumento ocurrió sólo en hombres, lo anterior sugiere que más mujeres se iniciaron en el consumo que hombres, durante el periodo señalado. La prevalencia de fumadores diarios se redujo 16% en hombres y en ambos sexos las reducciones más importantes ocurrieron en las personas de 45 y más años.¹⁰ Dicha diferencia en los grupos de edad más avanzada podría explicarse por el posible hecho que los individuos fumadores tienen menos probabilidad de sobrevivir que los que nunca fumaron o dejaron de hacerlo en la juventud, también podría explicarse por un efecto de cohorte donde la prevalencia de tabaquismo era más baja cuando los individuos eran jóvenes y estos no se iniciaron en el tabaquismo, así como por el posible hecho de que los fumadores adultos dejan de fumar en la medida que toman mayor conciencia de los riesgos que corren por fumar. Este comportamiento de los datos contrasta con lo observado en la población adolescente, donde la tendencia es hacia el aumento en el consumo y experimentación con productos de tabaco, así como con

un aumento en la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres adolescentes.

El consumo del tabaco por adolescentes no sólo es el resultado de las influencias psicosociales, como presión por parte de los compañeros o amigos, sino que investigaciones recientes sugieren que puede haber razones biológicas para este periodo de mayor vulnerabilidad. Hay algunas pruebas de que fumar ocasionalmente puede provocar en algunos adolescentes el desarrollo de la adicción al tabaco. Los modelos en animales proporcionan evidencia adicional de una mayor vulnerabilidad en el hábito de fumar en la adolescencia. Las ratas adolescentes son más susceptibles a los efectos de refuerzo de la nicotina en comparación con las ratas adultas, y consumen más nicotina, cuando está disponible, que los animales adultos.

Los adolescentes también parecen ser más sensibles a los efectos de refuerzo de la nicotina combinada con otras sustancias químicas que se encuentran en los cigarrillos, aumentando así su susceptibilidad a volverse adictos al tabaco. Un ejemplo de esta circunstancia lo constituye el acetaldehído, sustancia que aumenta las propiedades adictivas de la nicotina en los animales adolescentes, pero no en los animales adultos. Un estudio reciente también sugiere que hay genes específicos que pueden aumentar el riesgo de la adicción en las personas que comienzan a fumar durante la adolescencia.⁴³

Sin duda es un hecho preocupante la feminización del consumo de tabaco observada durante las dos últimas décadas. Varios factores parecen contribuir a esta tendencia, incluyendo el hecho de que es menos probable que las mujeres dejen de fumar en comparación con los hombres. Los estudios clínicos realizados a gran escala indican que es menos probable que las mujeres inicien la abstinencia del tabaco y que si lo hacen, es más probable que sufran una recaída. Al parecer, las mujeres desarrollan la adicción y dependencia a la nicotina con mayor fuerza que los hombres. En los programas para dejar de fumar que utilizan los métodos de reemplazo de nicotina, como el parche o el chicle, parece ser que la nicotina no es tan eficaz para reducir el deseo de fumar en las mujeres en comparación con los hombres. Otros factores que pueden contribuir a la dificultad que tienen las mujeres para dejar el hábito son la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia y la preocupación por el aumento de peso después de dejar de fumar.⁴⁴

Ante el creciente fenómeno de consumo de tabaco en población adolescente, se hace indispensable la implementación de políticas públicas tendientes a la reducción de la demanda, especialmente entre los jóvenes; mejorar los servicios de cese del tabaquismo y proteger a los no fumadores de la exposición involuntaria al humo del tabaco. Debemos reaccionar ante el hecho de que las mujeres están iniciándose en el tabaquismo a edades cada vez más tempranas, con un patrón cada vez más parecido al de los hombres. Como se ha menciona-

do, existen muchos factores que explican estos cambios, como el que las compañías fabricantes de productos de tabaco lanzan al mercado diseños especialmente para mujeres, así como cambios tecnológicos en el diseño de los cigarrillos que facilitan la migración de la experimentación al uso sostenido de los mismos.⁴⁴

En virtud de los daños para la salud ocasionados por el tabaquismo, los cuales convergen con afectaciones serias a la economía derivadas de los costos de atención, se hace indispensable impulsar políticas públicas de control que logren modificar las tendencias observadas. La Cumbre de Alto Nivel de la Organización de las Naciones Unidas sobre Enfermedades No Transmisibles celebrada en 2011, identificó al control del tabaco como una "prioridad de atención Urgente e Inmediata".⁴⁵⁻⁴⁷

Durante el siglo XX el consumo de tabaco causó cerca de 100 millones de muertes, si las tendencias actuales no se modifican, se estima que durante el siglo XXI, esta cifra puede crecer 10 veces.² El inicio del tabaquismo a edades más tempranas y la feminización de la epidemia, imponen nuevos retos. México no es ajeno a este fenómeno. Debemos acelerar el paso para evitar que el sistema de salud se vea comprometido al tener que enfrentar una carga excesiva por enfermedades asociadas al tabaquismo en población en edad productiva, que obviamente comprometerá la productividad y competitividad del país entero. Si a esto le agregamos que un número considerable de personas enfermas, serán mujeres, la situación cobra mayor relevancia.

No olvidemos que en la composición económicamente activa de nuestro país, las mujeres desempeñan un papel cada vez más importante. Cebemos evitar que en las próximas décadas, el país enfrente una epidemia de enfermedades ocasionadas por el tabaco en mujeres jóvenes.

REFERENCIAS

1. Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas. Fourth Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2012. También disponible en www.TobaccoAtlas.org
2. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
3. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic: 2011. Geneva: World Health Organization; 2011.
4. Morbidity and Mortality Weekly Reports (MMWRs). Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States. 2000-2004, November 14, 2008/57(45): 1226-8.
5. Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México: Secretaría de Salud; 2003, p. 63.
6. Valdés R. Las cifras de la epidemia: daños a la salud y mortalidad atribuible. En: Valdés R, Lazcano E, Hernández M, (eds.). Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2005, p. 29-41.
7. Tapia-Conyer R, Kuri-Morales PR, Hoy-Gutiérrez JM. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. Salud Publica Mex 2001; 43(5): 478-84.

8. Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Publica Mex* 2006; 48(Supl.): I: S91-S98.
9. Consejo Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen Ejecutivo. Secretaría de Salud; 2003.
10. Franco-Marina F. Tendencias del tabaquismo en adultos en México: análisis de las Encuestas Nacionales de Adicciones. *Salud Publica Mex* 2007; 49(Supl.):2: S137-S146.
11. Peña-Corona GM, Kuri M, Tapia CR. El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1988 (Tabaco). México: Secretaría de Salud; 2000.
12. Reynales SLM, Shamah LT, Méndez HI, Rojas MR, Lazcano PE. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2010.
13. Campuzano RJC, López AF. 2002
14. Reynales-Shigematsu LM, Valdés-Salgado R, Rodríguez-Bolaños R, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
15. Valdés-Salgado R, Meneses-González F, Lazcano-Ponce EC, Hernández-Ramos MI, Hernández-Avila M. Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes, México 2003. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2004.
16. Valdés-Salgado, et al. "Antes y después del Convenio Marco para el Control del Tabaco en México: Una comparación desde la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes 2003 y 2006". *Salud Pública de México* 2007.
17. Fagerström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction a its assessment. *Ear Nose Throat J* 1990; 69: 763-5.
18. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence. A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-27.
19. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JA. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *J Bras Pneumol* 2009; 35(1): 73-82.
20. Valdés-Salgaro R, Thrasher J, Sánchez-Zamorano LM, Lazcano-Ponde E, Reynales-Shigematsu LM, Meneses González F, Hernández-Avila M. Los retos del Convenio Marco para el control del tabaco en México: un diagnóstico a partir de la encuesta sobre tabaquismo en jóvenes. *Salud Publica Mex* 2006; 48(Supl. I): SS5-S16
21. Kuri-Morales P, Mata-Miranda MP, Hernández-Ávila M. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México. *Salud Publica Mex* 2002; 44(Supl. I): S29-S33
22. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología/Dir. Gral. de Estadística e Informática/SSA/2005
23. Stevens G, Dias RH, Thomas KJA, Rivera JA, Carvalho N, Barquera S, Kenneth Hill K, et al. Characterizing the Epidemiological Transition in Mexico: National and Subnational Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *PLoS Medicine* June 2008; 5(6): 125.
24. Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, Reynales SLM. La Economía del Tabaco y los Impuestos al Tabaco en México. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2010.
25. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Smoking and Health: A Report of the Advisory

-
- Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. U.S Department of Health, Education, and Welfare; Public Health Service. PHS Publication No. 1103, 1964.
26. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/complete_report/index.htm
 27. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General-Executive Summary. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>
 28. La epidemia de tabaquismo en las Américas. Disponible en línea en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342002000700004&script=sci_arttext
 29. Alternativas en Economía Consultores. Estimación de costos de la atención médica a las principales enfermedades asociadas al consumo de tabaco. Documento de trabajo. Proceso de Consulta Pública. Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco; 2008.
 30. Salazar E, Sánchez L, López L, et al. El tabaquismo y su fracción atribuible en la enfermedad isquémica cardiaca. *Salud Publica Mex* 2002; 44(Supl.): S34-S43.
 31. Reynales-Shigematsu LM, Rodríguez-Bolaños RA, Jiménez JA, Juárez-Márquez SA, Castro-Ríos A, Hernández-Avila M. Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex* 2006; 48(Supl. 1): S48-S64.
 32. Franco-Marina F, Villalba-Caloca J, Corcho-Berdugo A, Grupo interinstitucional de cancer pulmonar. Role of active and passive smoking on lung cancer etiology in Mexico City. *Salud Publica Mex* 2006; 48(Supl. I): S75-S82.
 33. Warner K, Hodgson TA, Carroll C. Medical cost of smoking in the United States: Estimates, their validity and their implications. *Tobacco Control* 1999; 8: 290-300.
 34. Guindon GE, Boisclair D. Tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco. Organización Panamericana de la Salud. Documento No. 6. Serie: Aspectos Económicos del Control del Tabaco. Washington, D.C. 2004.
 35. US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the surgeon general. Rockville, MD, USA: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1989, p. 89-8411.
 36. Cummings KM, Morley CP, Horan JK, Steger C, Leavell N-R. Marketing to America's youth: evidence from corporate documents. *Tob Control* 2002; 11(Supl. 1): 15-17.
 37. Ashley DL, Pankow JF, Tavakoli AD, Watson CH. Approaches, challenges, and experience in assessing free nicotine. In: Henningfield JE, London ED, Pogun S
-

- (eds.). Nicotine psychopharmacology. Handbook of experimental pharmacology 192. Berlin: Springer-Verlag; 2009.
38. Carter LP, Stitzer ML, Henningfield JE, O'Connor RJ, Cummings KM, Hatsukami DK. Abuse liability assessment of tobacco products including potential reduced exposure products. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18: 3241-62.
39. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010.
40. National Cancer Institute. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Tobacco control monograph 19. Bethesda, MD, USA: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 2008.
41. Asma S, Bettcher DW, Samet J, et al. Tobacco. In: Detels R, McEwen R, Beaglehole R, Tanaka H, eds. Oxford textbook of public health, 4th. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
42. Belluzzi JD, Wang R, Leslie FM. Acetaldehyde enhances acquisition of nicotine self-administration in adolescent rats. *Neuropsychopharmacol* 2005; 30: 705-12.
43. Perkins KA, Donny E, Caggiula AR. Sex differences in nicotine effects and self-administration: Review of human and animal evidence. *Nicand Tobacco Res* 1999; 1: 301-15.
44. Cummings KM, Morley CP, Horan JK, Steger C, Leavell N-R. Marketing to America's youth: evidence from corporate documents. *Tob Control* 2002; 11(Suppl. 1): 15-17.
45. WHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2005.
46. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, et al, for The Lancet NCD Action Group and the NCD Alliance. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 2011; 377: 1438-47.
47. WHO. A comprehensive global monitoring framework including indicators and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases. Second WHO discussion paper (version dated 22 March 2012). http://www.searo.who.int/LinkFiles/mhnd_GMF.pdf



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



XII.

Política Fiscal con Visión de Salud en México 2007-2012

Lic. José Luis Llanes Lagunes*

* Consultor en Políticas Públicas. Oficina Nacional para el Control del Tabaco. Secretaría de Salud.

INTRODUCCIÓN

La epidemia del tabaquismo es un grave problema de salud pública en la mayoría de los países del mundo, la OMS estima que 5 millones de personas mueren al año por la epidemia y que 650 millones de personas de la población mundial actual morirán por enfermedades asociadas al tabaquismo.

En México la prevalencia del uso del tabaco es de 24.7% en adultos mayores de 15 años (OMS, 2005)* lo que lo ubica en un nivel inferior a Argentina (30%, 2005) y Chile (37.9%, 2005) y similar a la de Uruguay (24%, 2008).[†]

En el país la tendencia de incremento de la prevalencia en los adolescentes se ha agudizado, de acuerdo con la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes, más de la mitad de los estudiantes urbanos de 13 a 15 años ha experimentado con el cigarro al menos una vez en la vida, y entre 10.5 y 27.8% son fumadores activos, es decir, han fumado cigarros al menos un día durante el último mes, no existe diferencia en el consumo de tabaco de los hombres y mujeres de ese grupo de edad, incluso en algunas ciudades llega a ser mayor en mujeres. Asimismo, entre 20 y 31% de los estudiantes que nunca han fumado piensa que el siguiente año pro-

bará cigarros o productos de tabaco (Reynales, et al., 2009). Esto obliga a reforzar el conjunto de medidas de control del tabaco.

El artículo 6 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), el cual México ha ratificado, establece que la política de aumento de los impuestos al tabaco es una de las políticas clave para enfrentar la epidemia del tabaquismo.

La situación de la presión fiscal sobre los cigarrillos en México en 2009 se puede considerar como intermedia, ya que se ubicaba en 61% sobre el precio al consumidor final.[‡] Regionalmente era menor que en Argentina y Uruguay, cuya presión fiscal está entre 65 y 68%, y similar a la de Brasil, cuya presión fiscal se ubica alrededor de 60%.[§]

Un efecto que provocan los sistemas de impuestos tipo “ad valorem” es que tienden a facilitar que la industria tabacalera introduzca marcas de conveniencia más baratas para reducir en términos absolutos el impuesto a pagar y el precio final al público. En cambio los sistemas “específicos” tienden a evitar limitante, ya que tienen la ventaja de que eliminan el interés de la industria por las mar-

* http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Table5.pdf

† Encuesta ENPTA, Centro de Investigación de la Epidemia del Tabaquismo (CIET), Uruguay, 2008

‡ Estimación realizada por el grupo ad hoc para realizar esta propuesta de ajuste fiscal. Basada en la imposición por el IEPS (160%) e IVA a mediados de 2009 y con márgenes del detallista del 10,9% sobre el precio al detallista con IEPS incluido.

§ Fuente: OMS

cas baratas, adicionalmente, el impuesto por cajetilla es mayor en términos relativos para las marcas baratas que para las caras. Un mecanismo fundamental de los sistemas de base imponible específica es el ajuste del monto fijo imponible por cajetilla para que la inflación no reduzca su valor real, además las marcas caras pagan menos de impuesto por cajetilla, por ello lo ideal es un sistema impositivo combinado.

LOS IMPUESTOS A LOS PRODUCTOS DEL TABACO

La política fiscal que se aplica a los cigarrillos y otros productos de tabaco en México se basa en un impuesto al consumo, ya que si bien se denomina “Impuesto Especial sobre Producción y Servicios” (IEPS), es plenamente trasladable al precio final. Es un impuesto “ad valorem”, es decir, su recaudación se fija como porcentaje del precio de venta al detallista. En otros países se utilizan impuestos de tipo “específico”, o sea una cuota fija por cajetilla, componente que se introdujo para la Ley del IEPS a partir del año 2010, hay experiencias en otros países que combinan ambos sistemas.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 73 fracción XXIX, otorga al Congreso de la Unión la facultad para crear diversas contribuciones, como la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1980 que sustituye a la Ley Federal de Impuestos a la Industria de Azúcar, Alcohol,

Aguardientes y Envasamiento de Bebidas Alcohólicas, la característica de este impuesto es que el legislador busca un impacto correctivo al gravar productos cuyo consumo propician efectos sociales negativos, como es el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco cuyo impacto económico en la salud pública requiere sufragarse fundamentalmente por el Estado con gasto público. Por lo tanto, el IEPS está diseñado para gravar aquellas actividades que por sus especificidades generan un costo social o “externalidades” negativas y que por su carácter lícito son acreedoras de este tipo de impuestos.

El IEPS para los productos del tabaco se estableció en 1981 con una visión eminentemente recaudatoria y como mecanismo de compensación entre los ingresos públicos y los requerimientos de gasto e inversión pública y se fijó en 139.3% a los cigarros con filtro y en 20.9% a los cigarros sin filtro y a tabacos labrados a mano, en consideración a un criterio que planteaba que los cigarros “populares” al ser consumidos por los sectores de menores ingresos repercutiría en menor medida en su gasto, en 1985 como respuesta a los requerimientos de mayores recursos públicos derivado del sismo, se planteó incrementar el IEPS a los productos del tabaco a 180% para los cigarros con filtro y a 25% para los cigarros sin filtro, puros y tabacos labrados a mano, esta medida se mantuvo durante tres años, para el año 1988 se fijó en 139.3% y se incrementó a 160% en 1989. Para el periodo de 1990 a 1994 se redujo el impuesto a 139.3% para los cigarros con filtro manteniéndolo

se y 20.9% para los cigarros populares. Esta política de reducción de impuestos fue consistente durante el periodo 1995-1999 para el que se fijó el impuesto en 85 y 20.9% es de destacar que el IVA se incrementó de 10 a 15% en el año de 1995.

En el 2000 el IEPS se incrementó a 100 y 20.9%, fijándose una política de incrementos mínimos a 105 y 60% en 2002, 107 y 80% en 2003 y 110 y 100% para 2004. A partir del 2005 se equiparan las tasas impositivas para los cigarros sin filtro y puros con la de los cigarros con filtro estableciéndose en 110%. La **figura 1** ilustra la evolución de los impuestos a los productos de tabaco en México durante el periodo comprendido entre 1981 y 2008.

Para 2006 el IEPS se fijó en 140% que representó un importante incremento, sin embargo, aún representaba una carga fiscal baja, por lo que se propuso y se aprobó incrementarla a 160% el IEPS para el 2007, esta medida se neutralizó al incorporar el artículo 2o. transitorio que establece que para los ejercicios fiscales de 2007 y 2008 el impuesto sería de 140 y 150%, respectivamente, para quedar en 160% hasta el año 2009.

En la **figura 1** se ilustra la evolución del IEPS desde que se estableció con una visión recaudatoria hasta el 2008.

POLÍTICA FISCAL CON VISIÓN DE SALUD

En agosto del 2008 entra en vigor la Ley General para el Control del Tabaco, la Secretaría de

Salud constituye la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT) que, entre otras funciones, se encargaría de participar en el diseño y desarrollo de las propuestas de Política Fiscal atendiendo a lo establecido en el CMCT y a las estrategias sugeridas en el reporte MPOWER (OMS, 2008).

En 2009 la Secretaría de Salud determinó participar activamente en la construcción de una **Política Fiscal con Visión de Salud** para lo cual convocó a un grupo de trabajo integrado por la Internacional Union Against Tuberculosis and Lung Cancer (La Unión); El Department of Health Policy and Management Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT) para desarrollar alternativas de política fiscal para los productos de tabaco en beneficio de la salud de los mexicanos.

Para la construcción de los diversos escenarios se estimó que el costo sanitario de la epidemia del tabaquismo fue de 75,158 millones de pesos en 2008 y se planteó que el gasto sanitario total del país en ese año fue de 6.2% del PIB, adicionalmente, considerando un punto intermedio del peso relativo en los gastos sanitarios erogados para atender las consecuencias de la epidemia del tabaquismo de entre 6 y 15% (Jha y Chaloupka, 1999)¹ se estableció el supuesto de que el peso relativo de los gastos directos de la epidemia respecto del costo sanitario anual total era de 10% en México.

¹ A los efectos del cálculo se tomó se tomó 10% ya que en México no están completados aún los estudios sobre costos de la epidemia del tabaquismo. En Argentina, por ejemplo, el costo directo de la epidemia se estimó en 14.5% del gasto en el sistema público de atención de agudos (Fuente: "COSTOS DIRECTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE LAS ENFERMEDADES ATRIBUIBILES AL TABAQUISMO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL MINISTERIO DE SALUD DEL GCABA", (2006) Working Paper. Argentina, Dr. José María Bruni.

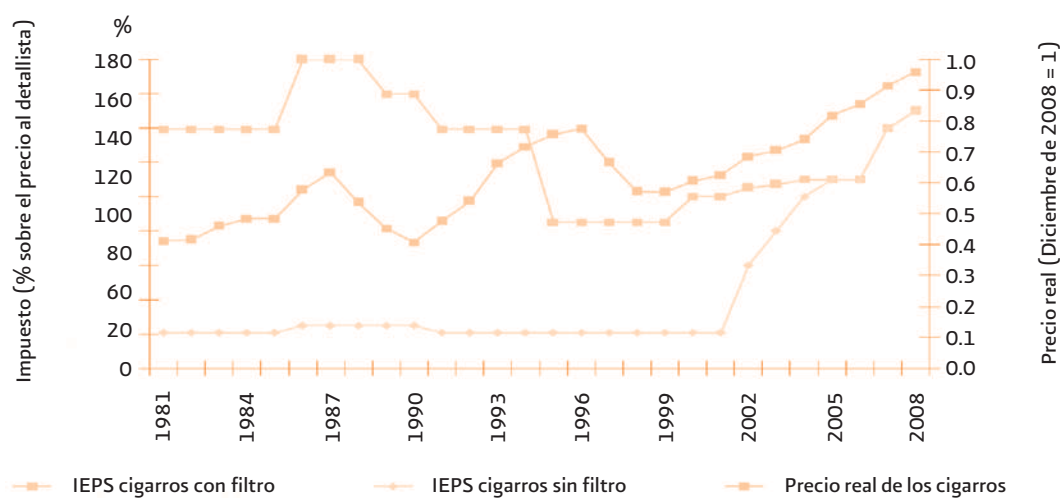


Figura 1. Evolución de los impuestos y precios de los cigarros, 1981-2008 (Belén Sáenz de Miera, Luz Myriam Reynales Shigematsu, Impacto económico del tabaquismo: Costos de atención médica y efecto del aumento de precios e impuestos).

Frente a dicho gasto, los ingresos por concepto de impuestos al tabaco se estimaron para el mismo año en cerca de 3,1455 millones de pesos 24,762 millones por el IEPS y 6,693 por el IVA.[¶] Lo que provocaba una brecha de aproximadamente 43,703 millones de pesos, que implica que la recaudación apenas cubría 42% del costo directo atribuible al tabaco en México.

El grupo de trabajo diseñó y analizó dos alternativas para incrementar del IEPS para las que desarrollaron las correspondientes simulaciones. También postuló una tercera que sólo se planteó como un objetivo a lograr cuando las condiciones de correlación de fuerzas en el Congreso fueran propicias.

Para estos trabajos se consideraron como base las cifras de 2008 de consumo y recaudación por IEPS a los tabacos labrados 1,993 millones de cajetillas y 24,762 millones de pesos, respectivamente, la recaudación promedio de IEPS por cajetilla se estimó en \$12.40 pesos.

Con base en esto y en la tasa de IEPS vigente en 2009, el IVA promedio por cajetilla se estimó en

\$3.40 pesos y el precio promedio final (incluido el IVA) se estimó en \$25.70 pesos.^{**} Este precio final puede considerarse un acercamiento al promedio de precios de los cigarrillos en el mercado doméstico.^{††}

Adicionalmente, tomando como base la elasticidad precio de la demanda de cigarrillos en México estimada en -0.52,^{‡‡} se consideró que un aumento de 10% en el precio final determina una caída de la demanda de 5.2% en promedio.

Con estos elementos, el grupo de trabajo analizó las alternativas de aumento del impuesto con una perspectiva de salud para lograr los objetivos de disminuir la demanda, lo que repercuta en la caída del consumo y de la prevalencia, así como reducir la brecha entre ingresos fiscales por cigarrillos y el costo directo estimado de la epidemia.

Se consideró que para los efectos de la discusión de la Ley de Ingresos para 2010 estas alternativas no implicaban cambios sustanciales lo que podría facilitar acuerdos entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y de esta manera la inclusión de los cambios en

[¶] Basado en datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

^{**} Estas estimaciones de precios medios surgieron de consultas realizadas a comerciantes mayoristas y minoristas ya que no se dispuso de información oficial de la Secretaría de Hacienda para la confección de las presentes simulaciones y cálculos. Consecuentemente, los cálculos finales son tributarios de los ajustes que se realicen en estos valores, los que sin embargo se estiman como muy cercanos a los reales.

^{††} Cabe señalar que el cigarrillo más vendido, de la marca Marlboro, tiene un precio al público de 28 pesos por cajetilla de 20 cigarrillos en tiendas de autoservicio (agosto de 2009).

^{‡‡} Jiménez JA, et al. The impact of Taxation on Tobacco Consumption in Mexico, Tobacco Control, Vol 17, No. 1 pp 105-110.

el IEPS en la propuesta que el Poder Ejecutivo presenta al Poder Legislativo antes de la fecha límite para que se pudiera registrar e iniciar los trabajos de las comisiones correspondientes.

El objetivo fundamental fue el diseñar las bases para proponer una política fiscal de largo plazo que permita mantener en el tiempo un impuesto y que en términos reales represente permanentemente un incremento del precio, a fin de abatir el consumo entre las sucesivas generaciones de adolescentes y jóvenes e impactar crecientemente en la disminución del consumo global a largo plazo, para lo cual se desarrollaron y discutieron las siguientes alternativas:

Alternativa I

Para el desarrollo de esta alternativa se consideró la posible definición de la S.H.y C.P. de incrementar el IEPS al tabaco en 30 puntos de 160 a 190% sin afectar la estructura del impuesto, es decir, que forma parte de un planteamiento exclusivamente de adecuación respecto a la evolución general de los precios de los productos de la canasta básica, lo que implicaría un incremento claramente insuficiente al pasar de \$ 25.7 a \$ 28.7, tres pesos de incremento en el precio promedio, sin considerar que la industria del tabaco ha manifestado reiteradamente que el incremento debe ser paulatino esto es 10 puntos por año, un peso de incremento anual, como se podrá observar esta alternativa resulta extremadamente limitada si se considera que el objetivo principal mejorar la salud

pública mediante la disminución de la demanda de cigarrillos que pasaría de 1,993 millones de cajetillas a 1,873 millones.

Esta alternativa tendría un impacto en la recaudación fiscal estimada por incremento del IEPS de 11.6%, al pasar de \$ 24,762 millones con la tasa de 160% a \$ 27,634 millones con la tasa de 190%, con este resultado recaudatorio la brecha entre gasto en salud asociado al tabaquismo y la recaudación correspondiente sería de 38.7%.

Dado el objetivo sanitario de la propuesta de aumento del impuesto es el incremento del precio final al público, porque éste es el determinante de la caída del consumo y la prevalencia, el incremento de 30 puntos implicaría una reducción del consumo de 6% de acuerdo con la elasticidad-precio, mientras que la recaudación fiscal estimada por IEPS e IVA aumentaría 10.20% o sea que alcanzaría un nivel de \$34,658 millones. Este cálculo surge de considerar la variación del consumo total y el incremento del IEPS por cajetilla de \$12.40 a \$14.80 y de IVA por cajetilla de \$3.40 a \$3.70.

Alternativa II

Considerando que para el IEPS la base gravable es el precio al detallista y se causa a lo largo del proceso de comercialización de los cigarros, lo que genera un impacto final en el precio al consumidor, esta alternativa se centra en la propuesta de incrementar la base gravable de \$7.76 a \$9.50 (precio promedio), con la ventaja de impactar en mayor medi-

da el precio promedio final de \$28.70, con incremento del IEPS a 190% a \$35.10. Es importante señalar que la propuesta de \$9.50 se plantea con el objetivo de reducir la brecha entre la recaudación por el consumo del tabaco y los gastos que el Estado destina a la atención de la epidemia. A los efectos de la estimación dentro de esta alternativa se supuso que la S.H.y C.P., plantea elevar a 190% la tasa del IEPS.

El resultado de la reducción de la demanda con estas hipótesis es mayor que en la alternativa anterior, alcanzando un nivel de 19% comparado con 6% de la alternativa I y un aumento de la recaudación de 16%.

La recaudación total estimada por concepto de IEPS e IVA a los cigarrillos en este caso serían de 36,556 millones de pesos lo que implica reducir la brecha entre recaudación por impuestos al tabaco y costos directos de la epidemia en 12%. Se estimó que esta alternativa contribuiría en mejor medida a reducir la brecha entre recaudación y gasto en atención a las enfermedades asociadas al consumo del tabaco.

Alternativa III

El grupo de trabajo consideró proponer una nueva estrategia para robustecer la política impositiva con un claro enfoque de salud que consiste en crear un impuesto combinado ad valorem-específico. Esta alternativa se discutió con amplitud durante el taller, sin embargo por las condiciones

de la coyuntura creada por la nueva conformación de la Cámara de Diputados y dado que las principales fuerzas políticas se plantearon no crear nuevos impuestos para el ejercicio fiscal 2010, se propuso desarrollarla para discutirla con los actores políticos durante el primer trimestre de 2010.

Ésta es una propuesta de mayor envergadura que implica combinar la tasación a los productos del tabaco, las dos alternativas anteriores, si bien enfocan los objetivos sanitarios, no toman en cuenta cabalmente las recomendaciones de la OMS y del CMCT en cuanto a fortalecer otras áreas complementarias para la reducción de la epidemia con los ingresos que se generan por los impuestos al tabaco. La reducción del consumo, resultado del aumento del precio final, debería ser complementada con gastos adicionales hacia mayor prevención en jóvenes y mayor esfuerzo de cesación en adultos. Por lo tanto, parte de los ingresos adicionales por los efectos del incremento del impuesto debería establecerse que se destinaran a un gasto sanitario de este tipo. Esta práctica que se conoce como “etiquetar” los ingresos para destinarlos específicamente a un fin determinado como el de la atención de la salud, no es posible llevarla a cabo con la normativa vigente.

Como resultado de estos trabajos, en septiembre de 2009 la Oficina Nacional para el Control del Tabaco propuso una Iniciativa de reforma a la Ley del IEPS que en síntesis se expresa en:

• **Incremento en 2010 del IEPS del 160 al 190% y modificación de la base gravable**

La propuesta para 2010 considera que la base gravable del IEPS es el precio al detallista y se causa a lo largo del proceso de comercialización de los productos de tabaco, lo que genera un impacto final en el precio al consumidor, esta alternativa se centra en la propuesta de incrementar la base gravable de \$7.76 a \$9.50 (precio promedio), con la ventaja de impactar en mayor medida el precio promedio final de \$31.50 (IEPS a 160%) a \$35.10 (IEPS a 190%).

Con el propósito de generar las condiciones más favorables para impulsar la Iniciativa de reforma durante los días 22 y 23 de septiembre de 2009 se organizó en las instalaciones del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) el **Taller Actividad de la Industria Tabacalera Ante una Política Fiscal Efectiva en Materia de Tabaco y el Foro “Política Fiscal para la Reducción de la Demanda de Tabaco en México”**; Participaron la OPS-México; la Internacional Union Against Tuberculosis and Lung Cancer; el Instituto Nacional de Salud Pública; el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud; el Departamento de Derecho del ITAM; titulares de seis Consejos Estatales Contra las Adicciones y Organizaciones de la Sociedad Civil y Legisladores de la Cámara de Diputados y de la Cámara de Senadores para exponer el tema: **“Importancia de la Política Fiscal para la Reducción de la Demanda. La Visión Legislativa”**. Como resultado podemos destacar las siguientes conclusiones:

- Incrementar los impuestos al tabaco es la mejor estrategia para la reducción de la demanda a la que nos obliga la LGCT y el CMCT en especial entre menores de edad.
- En 2008 México recaudó aproximadamente \$24,762 mil millones de pesos, por concepto del gravamen a los productos del tabaco y el sector salud eroga aproximadamente \$45,000 millones de pesos para hacer frente a los requerimientos de atención médica asociados a las enfermedades que genera el tabaquismo, lo que implica una brecha cercana al 50%.

El Poder Legislativo aprobó en noviembre de 2009 la Ley del IEPS 2010 en la que estableció un impuesto ad valorem de 160% y creó una cuota específica por cajetilla de 20 cigarros de \$0.80 para 2010, \$1.20 para 2011, \$1.60 para 2012 y \$2.00 para 2013. Con esta Ley la carga fiscal para el 2010 fue de 62.8% y se preveía que para el último año llegar a 64% de carga fiscal. Esta ley representa un avance mínimo con la creación de la cuota específica, ya que su impacto en el precio se diluye por el efecto de la inflación, por que el artículo cuarto transitorio establece el incremento progresivo.

“Diez pesos para salvar un millón de vidas, Impuestos al Tabaco: una Política Fiscal saludable” 2011

Para promover y fortalecer la propuesta de aumento de impuestos a los productos del tabaco, a partir de enero de 2010, la Secretaría de Salud estableció la estrategia para lograr el incremento a los precios

de los productos del tabaco vía impuestos en cumplimiento del artículo 6o. del CMCT.

Para el diseño de la propuesta de **Reforma Fiscal para incrementar los impuestos a los productos del Tabaco**, se constituyó un grupo de trabajo para apoyar y robustecer la Iniciativa del Presidente de la Comisión de Salud en el que participan el Senador Ernesto Saro, sus asesores, funcionarios de la Unidad de Enlace Legislativo y Vinculación Social de la Secretaría de Salud, la ONCT, la Union, OPS, el INSP y la sociedad civil a través del Consejo Mexicano contra el Tabaquismo (CMCT), Tobacco Free Kids (TFK) y la Fundación Interamericana del Corazón (FIC). El Grupo se reunió en diversas ocasiones y se definió como parte de la estrategia para apoyar la iniciativa y para posicionar el tema en los medios y principalmente en la opinión pública la celebración del Foro Fiscal en julio y en septiembre el Foro Académico en el ITAM.

Asimismo, la ONCT participó con los equipos de trabajo de los Presidentes de las comisiones de salud de las Cámaras de Diputados y de Senadores, en la elaboración de la Iniciativa de Reforma a la Ley del IEPS, la cual fue registrada en el Congreso en el mes de abril. Es de destacar que el Senador Ricardo García Cervantes, del mismo grupo parlamentario, registró una iniciativa similar de reforma a la Ley. Ambas iniciativas se turnaron a las Comisiones de Salud y Hacienda del Congreso y se presentaron a consideración del Pleno de las Cámaras durante el Segundo Periodo Ordinario de sesiones del 2010.

Durante el periodo de receso legislativo de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social de la SS y la ONCT, participaron en diversas reuniones con legisladores clave y con los coordinadores de las fracciones parlamentarias de los partidos políticos representados en el Congreso para presentarles la evidencia científica que respalda la propuesta de incremento de la carga fiscal a los productos de tabaco con el propósito de vencer resistencias entre los tomadores de decisiones, destacándose las reuniones con el Presidente de la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados y con integrantes de las comisiones de Presupuesto y Salud de la Cámara de Diputados.

En el foro "*Impuestos al tabaco en México, Mitos y Realidades*" convocado por el Presidente de la Comisión de Salud del Senado de la República, el Dr. José Ángel Córdova Villalobos, Secretario de Salud, manifestó su respaldo a una política fiscal con el objetivo central de reducir la demanda de los productos del tabaco, principalmente en la población joven. El foro se organizó sobre la dinámica de tres mesas de trabajo: "Políticas Públicas con relación al Tabaco"; "La política fiscal del tabaco" y "Mitos y Realidades".

Adicionalmente el equipo de trabajo definió aplicar una encuesta de opinión para identificar el apoyo de la ciudadanía al incremento de los impuestos a los productos del tabaco. El costo de la encuesta lo cubrió TFK, la coordinaron el CMCT y la ONCT y la

levantó la empresa Parametría en el mes de agosto del 2010, con representatividad nacional y mostró el apoyo de la población a la propuesta de Incremento al IEPS destacando los siguientes resultados:

- Siete de cada diez mexicanos afirmaron estar de acuerdo con el incremento de los impuestos al tabaco.
- El 73% de la población respalda la iniciativa de incrementar 10 pesos el precio de la cajetilla de cigarros.
- El 65% de los encuestados considera que el incremento en el precio de los cigarrillos desalentará a una persona a empezar a fumar.
- El 95% de la población afirma que es necesaria la adopción de medidas para prevenir las enfermedades causadas por el tabaquismo.
- El 67% de los mexicanos considera que es el incremento de precios al tabaco un buen motivo para dejar de fumar.

Es importante señalar que la población aprueba el incremento a los impuestos al tabaco en mayor medida que a todos los componentes del IEPS como se ilustra en la *figura 2*.

Como resultado de estas reuniones la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social de la SS y la Oficina Nacional para el Control del Tabaco definieron la estrategia políticamente viable para que la iniciativa fuera votada a favor y con base en ella, se definieron las acciones de negociación con los actores clave dentro del Congreso que permitiera impulsar la propuesta de reforma a la Ley del IEPS.

Como parte de la negociación dentro del poder ejecutivo, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud procuró un acercamiento con el área técnica de la Subsecretaría de Ingresos Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) responsable de la política de impuestos, para plantear la visión de salud pública del incremento de los impuestos a los productos del tabaco. En estas reuniones se presentó a los funcionarios de la SHCP la información relativa a las tendencias de la prevalencia por rangos de edad, particularmente entre jóvenes; el comportamiento histórico de la carga fiscal en México en comparación con otros países, los precios internacionales de los productos del tabaco; y los efectos del incremento de los impuestos en prevalencia, recaudación y comercio ilícito con base en experiencia internacional.

Se acordó que la ONCT y los funcionarios de la SHCP trabajarían de manera conjunta sobre el análisis de los costos asociados al consumo del tabaco en México, el impacto sobre la recaudación que tendría esta medida, su potencial impacto sobre el comercio ilícito y el contrabando de productos del tabaco hacia México y el comportamiento de la elasticidad de la demanda. El resultado de estos trabajos se concretó en un documento conjunto que fue presentado en el Foro Académico “Diez pesos para salvar un millón de vidas, Impuestos al Tabaco: una Política Fiscal saludable” celebrado el 8 de septiembre, en el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), en el que participaron especialistas nacionales e internacionales en la materia, así como congresistas, funcionarios públicos, líderes de opinión y representantes de las Or-

Economía e instituciones de salud

 Más de la mitad de la población cree que:

Independientemente de que si usted es fumador o no.

Dígame si usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases.

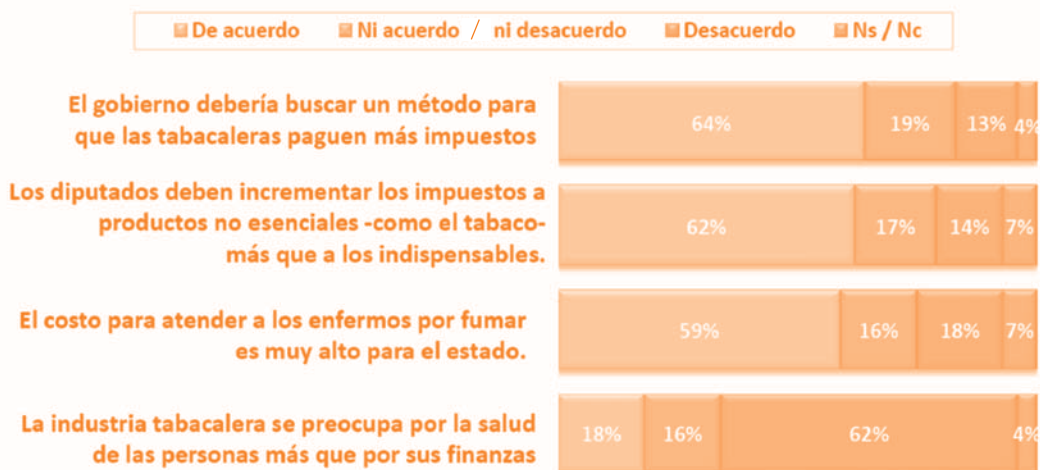


Figura 2. Encuesta de Opinión realizada por el Consejo Mexicano contra el Tabaco. (** Parametria, Investigación Estratégica, Análisis de Opinión y Mercado, Encuesta Nacional de Impuestos al Tabaco Julio, 2010).

ganizaciones de la Sociedad Civil comprometidas con el control del tabaco, en este se expusieron con una gran apertura las diversas opiniones respecto a la propuesta central de incremento del IEPS, asimismo, se discutió con amplitud las principales preocupaciones desde la perspectiva Hacendaria y se posesionó el tema entre destacados analistas y líderes de opinión, esta discusión la publicó el Seminario de Derecho y Ciencia del ITAM en Cuadernos de Derecho y Ciencia Núm. 4, Vol. 1, Cuarto trimestre 2010, ITAM.

El 9 de septiembre se celebró una reunión con el Titular de la Unidad de Ingresos de la SHCP en las que participaron la OMS, la OPS y la UNION y personal de la ONCT. En esa misma fecha el grupo se reunió con el Secretario de la Comisión de Presupuesto de la Cámara de Diputados.

Tanto los funcionarios de la SHCP como los legisladores del PRI informaron que no se consideraba viable modificar el impuesto ad valorem a 180% como lo proponía la iniciativa que registró el Senador Saro, ya que se corría el riesgo de sentar un precedente que impactaría a otros productos como el alcohol y gasolinas, entre otros, por lo que no contaría con el Dictamen favorable de la Comisión de Hacienda de la Cámara de Diputados, además de que la industria tabacalera podría promover un amparo que comprometería a la Ley de Ingresos en su totalidad. Asimismo, se comentó que era conveniente considerar la gradualidad en el incremento, ya que ante un incremento brusco, la industria tabacalera podría también promover un amparo, por lo que fueron enfáticos al seña-

lar que la propuesta, para transitar debía acotarse exclusivamente a la cuota específica de los productos del tabaco y manejar escenarios diversos respecto a la gradualidad. Para atender estas objeciones, en la ONCT se trabajaron las propuestas que abordaron la cuota específica y la gradualidad en el incremento de los impuestos a los productos del tabaco.

Como resultado de los diversos acercamientos los Legisladores del PRI manifestaron su interés de registrar una iniciativa alterna a la del Senador Saro a través de la Diputada Cristina Díaz, para lo que se pusieron a su consideración las diversas propuestas que se habían trabajado en la Oficina Nacional para el Control del Tabaco para que pudiesen registrar la que estimaran políticamente más viable.

Las propuestas planteaban incrementar para el 2011 en \$0.25 el impuesto al cigarrillo sin modificar el impuesto ad valorem e incrementar gradualmente la cuota en razón de \$0.20 por cigarrillo para los ejercicios 2011 al 2013, año en que alcanzaría un incremento total de 12 pesos por cajetilla.

En reunión celebrada el 11 de octubre en la oficina del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y la Diputada del PRI que registraría la Iniciativa, manifestó que la fracción parlamentaria de su partido se sentía agraviada por la campaña que días antes apareció en internet bajo el nombre de “voto-portusalud” y en la que aparecían todos los diputados del PRI con un signo de desaprobación y todos los diputados del PAN con un signo de aprobación,

por lo que se consideraba que la iniciativa de Reformas a la Ley del IEPS estaba siendo utilizada para descalificar a los Legisladores de su Partido, razón por la que habían tomado la decisión de que ningún diputado del PRI registraría, ni apoyaría ninguna Iniciativa de reforma a la Ley del IEPS en materia de productos del tabaco. Como la Secretaría de Salud era ajena a esa campaña y no la conoció con antelación, se acordó que se buscaría un acrecimiento con diputados clave de su Partido para realizar las aclaraciones correspondientes. Cabe señalar que el PRI cuenta con mayoría en la LXI legislatura de la Cámara de Diputados y un importante número de Senadores por lo que su apoyo para Iniciativa de Reforma para incrementar los impuestos a los productos del tabaco era de gran importancia para ser aprobada.

El lunes 18 de octubre la P&M y BAT publicaron un desplegado, a través de un inserción pagada en los principales periódicos de circulación nacional, dirigido al Presidente de la República y a los Legisladores señalando que de aprobarse la iniciativa de incremento a los impuestos se generaría desempleo entre los productores de hoja de tabaco y en el sector manufacturero ya que retirarían sus inversiones del país (*Figura 3*).

Para dar respuesta a este desplegado y enfrentar este nuevo embate de la industria, se convocó a una reunión en la SS en la que participaron la UNION, FIC, Aliento, la OPS y se acordó que tanto las organizaciones de la sociedad civil como los Institutos de Salud de la SS publicarían por separado desplegados en al-

gun periódico de circulación nacional apoyando el incremento a los impuestos del tabaco y confrontando los argumentos de BAT y P&M y aportar la evidencia científica del impacto positivo que tienen este tipo de medidas. Se definió que la sociedad civil buscaría el apoyo de CFTK para dar respuesta con énfasis en los argumentos de índole económico y las instituciones de salud publicarían un desplegado y refutarían a través de argumentos exclusivos del ámbito de la salud pública (*Figura 4*).

El desplegado de los Institutos Nacionales del Sector Salud, el ISSSTE, el Consejo Mexicano contra el Tabaquismo, Sociedades y Asociaciones Médicas, la Academia Nacional de Medicina, fue publicado con el apoyo de la OPS el martes 19 en el periódico El Universal y el de la Sociedad Civil ese mismo día en el periódico Milenio Diario. Esta respuesta al manifestar una posición conjunta representa un importante precedente ya que fue la primera ocasión en que diferentes entidades de la Secretaría de Salud emiten un desplegado a favor de las políticas públicas para incrementar los impuestos al tabaco en el país (*Figura 5*).

El martes 19, la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social de la SS y la Oficina Nacional para el Control del Tabaco acudieron a las oficinas del Secretario de la Comisión de Presupuesto de la Cámara de Diputados, quién reiteró la molestia de los legisladores de su Partido por la campaña que consideró estaba siendo utilizada con fines políticos ajenos a la promoción del incre-

**Al Presidente de la República,
A los Legisladores,
A los Gobernadores,
A la Opinión Pública,**

La industria tabacalera mexicana genera cerca de 5,000 empleos directos y más de 30,000 empleos entre agricultores y jornaleros. Cuenta con más de 7,000 hectáreas plantadas y genera una derrama económica anual en el campo mexicano por más de 5420 millones de pesos.

El tabaco es el contribuyente privado de IEPIS más grande de México. Hoy, nuestra industria ya aporta el 44% del total de impuestos especiales, poco más de 13 mil millones de pesos y es el más que paga el cierre del año a las finanzas públicas más de 23,500 millones de pesos.

Del precio de venta de cada cajetilla, 13 de cada 20 cigarrillos son impuestos.

Actualmente la ley establece un incremento gradual del IEPIS al tabaco para los próximos tres años. Este esquema brinda a nuestra industria, por primera vez, las condiciones necesarias para desarrollar planes de inversión y de crecimiento a largo plazo en toda la cadena productiva.

Sin embargo, la misma Legislatura LXI que aprobó este esquema, vuelve a proponer cambios e incrementos a los impuestos, lo que genera incertidumbre jurídica y Comercial que amenaza nuestros empleos y la recaudación. Por ejemplo, este verano más de 2,500 productores se comprometieron a cultivar tabaco en el campo mexicano afectados por la certeza jurídica en materia fiscal.

Incrementos bruscos en los impuestos No desalientan el consumo y No aumentan la recaudación, por el contrario, y como se ha demostrado en otros países, favorece la aparición del comercio ilegal.

Solicitamos respetuosamente que se mantenga el esquema aprobado por esta LXI Legislatura el año pasado, pues hoy siguen siendo válidos y vigentes los argumentos en los que se apoyaron en su momento y con los que tomaron su decisión.

Atentamente


**BRITISH AMERICAN
TOBACCO
MEXICO**


**PHILIP MORRIS
MEXICO S.A. DE C.V.**

Responsables de la publicación: Sergio Cortés Padilla. Módulo 3 página 6

Figura 3. Desplegado a página completa publicado por las dos compañías dominantes en el mercado mexicano de productos de tabaco, desacreditando la iniciativa de incrementar el impuesto especial. Octubre 2010, publicado en diarios de circulación nacional

Figura 4. Desplegado de media página publicado el 19 de octubre de 2010 por el Sector Salud en los principales diarios de circulación nacional.

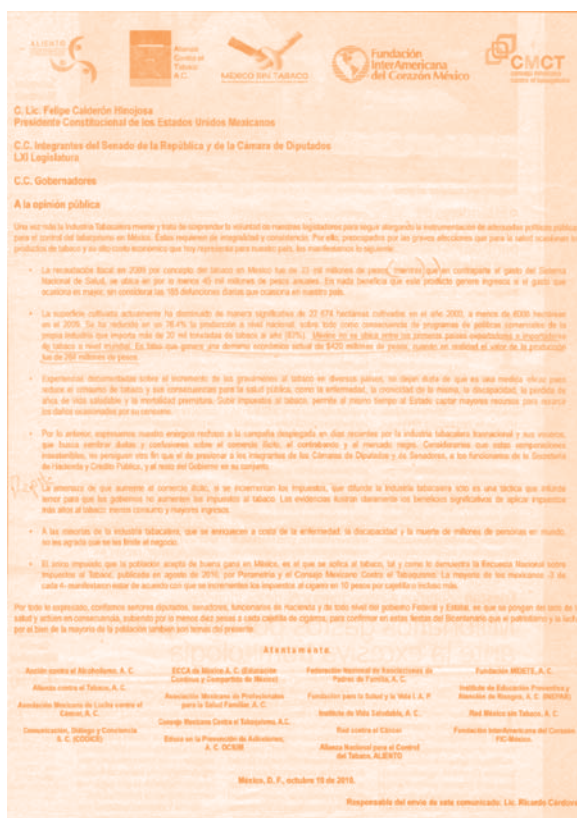


Figura 5. Despliegue de Organizaciones de la sociedad civil en apoyo al aumento de impuestos, 19 de octubre, 2010.

mento de impuestos. En una difícil discusión se logró posicionar el objetivo de salud para incrementar los impuestos lo que contribuyó a aclarar que la Secretaría era ajena a la campaña y que la sociedad civil en voz del director de FIC se había comprometido modificarla retirando las fotografías de los diputados.

El 20 de octubre la Cámara de Diputados aprobó con 430 votos a favor, 11 en contra y 13 abstenciones el Dictamen de la Ley de Ingresos que contempla a la Ley del Impuesto Especial a la Producción y Servicios (IEPS) turnándolo a la Cámara de Senadores que lo aprobó sin modificación con 70 votos a favor, 10 en contra y 3 abstenciones el día 26. Este dictamen no consideró vincular el incremento de los impuestos con el índice de precios que sirve de base para el INEGI para el cálculo de la inflación anual.

Como resultado de los trabajos de los diversos actores comprometidos con las políticas de salud pública en materia de control del tabaco el Congreso de la Unión aprobó la Ley de Ingresos 2011 que contiene la reforma a la Ley del IEPS en la que se establece que los cigarrillos serán gravados con una cuota específica de \$0.35 cada uno, \$7.00 pesos por cajetilla de 20 cigarros. Tomando como referencia que la marca de mayor venta en el país tenía un precio de \$ 30.00, este incremento representa 23%, con la entrada en vigor de la Ley del IEPS, la carga fiscal es de 69.2%, situando a México entre los países con una mayor carga fiscal de la región de las Américas, sólo por debajo de Uru-

guay, con este incremento se preveía, de conformidad con la elasticidad-precio de los productos del tabaco en México de -0.52, una caída de 17% de la demanda por estos productos.

Para el logro de esta importante Política Fiscal con visión de salud influyó la voluntad política de las autoridades de Salud, el compromiso de las organizaciones como la OPS/OMS, la International Union Against Tuberculosis And Lung Disease y de los Institutos de Salud que brindaron un invaluable apoyo técnico en materia de experiencias internacionales y de técnica fiscal, el claro compromiso de los Legisladores y el activismo de las organizaciones de la sociedad civil.

Propuesta Ley IEPS tabaco 2012

Durante el 2011 la estrategia se enfocó al logro de la reforma a la Ley General para el Control del Tabaco, sin perder de vista que el impuesto específico para los productos del tabaco no consideró el mecanismo de actualización anual con base en el índice de precios que reporta el INEGI, la ONCT presentó una propuesta para una Iniciativa de reforma a la Ley del IEPS con dos alternativas: un impuesto adicional específico de 0.25 centavos por cigarrillo (5.00 pesos por cajetilla), o la transición de todo el impuesto hacia un impuesto específico equivalente a \$1.05 por cigarrillo, eliminando el ad valorem. Las opciones deben considerarse en el contexto de acciones necesarias para garantizar la sustentabilidad de las medidas fiscales tanto en la reducción del consumo de tabaco, particularmente entre los

más jóvenes, así como en constituir una fuente de recaudación. Este objetivo se complementa con el fortalecimiento del sistema de monitoreo y evaluación de todo el proceso asociado al consumo de tabaco.

1. Aumento de cuota específica

• Alternativa A

Para fortalecer la política fiscal con visión de salud pública, proteger a los jóvenes y propiciar una reducción de la demanda de los productos del tabaco, se plantea un nuevo incremento a la cuota específica del IEPS que entrará en vigor el 1o. de enero del 2012, de \$0.25 por cigarrillo, lo que representa un aumento de \$5.00 por cajetilla de 20 cigarrillos. Con este incremento se llegaría a una carga fiscal de 72.2% acercándonos a la recomendación de la OMS de 75%.

Se estima necesario que también se incremente la tasa aplicable a la enajenación e importación de puros y otros tabacos labrados, así como en los puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano, en la misma proporción del incremento propuesto a la tasa de los cigarrillo, toda vez que se considera que el aumento del gravamen debe aplicarse a la totalidad de los tabacos labrados por un principio de equidad. Con esta medida de política fiscal con visión de salud se busca impactar en la demanda de productos de tabaco, la cual se reduciría en 24.6% respecto a 2010.

• Alternativa B

Dada la evolución del IEPS a los cigarrillos en los últimos años, al existir cuotas ad valorem –impuesto como porcentaje del precio de compra-venta– se observan diferencias significativas en precios, entre cigarros de marcas de mayor precio y los cigarrillos de marcas económicas. Esta situación ocasiona que la recaudación sea menor para cigarrillos económicos a pesar de que los efectos para la salud son iguales. Lo que representa una doble amenaza para la salud si se considera que la mayoría de los jóvenes que inician a fumar lo hacen con marcas económicas y propician que se paguen menos impuestos y por ende se vendan a un precio más accesible es un incentivo para que los jóvenes inicien a fumar.

En ese sentido la propuesta es convertir la totalidad del impuesto a cuota específica por cigarrillo, eliminando la cuota ad valorem, para conservar el nivel de recaudación de marcas de mayor precio se estima que la cuota que se debe cobrar por cigarrillo enajenado es de \$1.05 pesos, eliminando así 160% que se cobra en la actualidad. De concretarse esta alternativa atiende a lo recomendado por la OMS como mejor práctica en materia de impuestos a los productos de tabaco.

Con esta propuesta se mantendría, de momento, la misma carga fiscal como porcentaje del precio final en el caso de los cigarros más caros y se aumentaría la proporción en el caso de los más baratos, para alcanzar un promedio del 74%, que es

donde se presenta una mayor sensibilidad al precio, lo que implicaría un mayor impacto en la reducción al consumo de tabaco.

Para evaluar las propuestas se debe considerar: primero, la necesidad de actualizar el gravamen de acuerdo con la inflación y que será más sencillo en la medida que corresponda mayoritariamente a un impuesto específico; segundo, la necesidad de instrumentar medidas para evitar el contrabando, particularmente en los cigarros más caros y reconocidos internacionalmente, para lo cual es imperativo introducir medidas de prevención y seguimiento.

2. Actualización de la cuota conforme a las disposiciones del Código Fiscal de la Federación

Para evitar que el gravamen pierda su efecto disuasorio y se dé un repunte en la demanda de los productos del tabaco con el incremento del ingreso de la población es muy importante que en la Ley se establezca que las cuotas específicas con que se graven a los productos del tabaco, se actualizarán anualmente conforme a las disposiciones del Código Fiscal de la Federación, es decir conforme al índice de precios al consumidor que publique el INEGI. Con esta medida se prevé que la demanda de tabaco podría reducirse dos veces más en el largo plazo y al mismo tiempo, se mantendría la recaudación.

Considerando que la elasticidad-precio de los productos de tabaco en México es de -0.52 ante un aumento de 10% en el precio de los cigarrillos, se espera una reducción de la demanda de alrededor de 5%. El incremento del impuesto es siempre superior a la reducción de la demanda, por ello, un incremento al precio vía impuestos, se verá reflejado en un incremento de la recaudación fiscal.

Es de destacar que un hogar pobre gasta en promedio \$160 en cigarrillos por mes, lo que representa 4.6% de su gasto total y representa un gasto anual de \$335 millones de pesos, lo que equivale al 10% del presupuesto anual del Programa de Apoyo Alimentario del 2010.⁵⁵

El resultado de estas propuestas fue que para el ejercicio fiscal del 2012 el Poder Legislativo mantuvo la estructura del IEPS del año 2011, sin considerar los efectos de la inflación. La industria aplicó un incremento de precios de \$2.00 pesos por cajetilla de forma unilateral y sin que hasta el primer trimestre se hubiera registrado ningún pronunciamiento de la industria respecto a los efectos de esta medida en el posible incremento del contrabando.

Como principales retos en materia del cumplimiento de lo recomendado por el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud se requiere la promoción de nuevos incrementos en los impuestos a los productos de tabaco,

⁵⁵ Saenz de Miera B, et al. El vínculo entre tabaquismo y pobreza en México, INSP agosto 2011.

ya que al comparar los impuestos a los tabacos vigentes con los establecidos en otros países, observamos que aún existe margen de acción en lo que se refiere a la política fiscal para concretar una carga fiscal cercana al 75% que recomienda la OMS.

Es importante considerar la posibilidad de analizar con el INEGI que considere que el tabaco no forme parte de la canasta básica, ya que esta medida puede impactar positivamente al medir la inflación, lo que puede reforzar las propuestas de incrementos permanentes, principalmente entre las áreas del poder ejecutivo responsables de las finanzas públicas y de fomento económico.

Finalmente, es impostergable poner en práctica las políticas públicas que han demostrado su eficacia desde la perspectiva de salud, para detener la tendencia del incremento del consumo del tabaco, fundamentalmente entre la población juvenil del país, de lo contrario la epidemia del tabaquismo impactara en el crecimiento de los padecimientos asociados al consumo de tabaco para los siguientes 20 a 30 años lo que representará una carga incalculable para el Sistema Nacional de Salud, así como para el desarrollo económico sustentable de México.



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



XIII. Tratamiento del tabaquismo y modelos de atención en México

Dr. Raúl Sansores,*,** Mónica Velázquez-Uncal,** Alejandra Ramírez-Venegas,** Fabiola Valdelamar,**
Justino Regalado-Pineda,** Mónica Casar,**** Víctor H. Arellano-Rocha,***** Carmen Fernández*****

* Jefe del Departamento de Investigación en Tabaquismo y EPOC. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

** Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

*** Oficina Nacional para el Control del Tabaco. Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. Secretaría de Salud.

**** Consejo Mexicano contra el Tabaco.

***** Centros de Integración Juvenil.

RESUMEN

Introducción: El tabaquismo debe ser abordado como una condición médica de carácter crónico, caracterizada por la adicción a la nicotina, así como por múltiples recaídas que ameritan reiniciar el tratamiento hasta lograr la abstinencia. A todos los fumadores se les debe ofrecer alguno de los tratamientos disponibles. Dentro del tratamiento farmacológico se distinguen los compuestos sin nicotina y la Terapia de Reemplazo con Nicotina (TRN). En el primer grupo destacan el tartrato de Vareniclina, Bupropión y Nortriptilina. Desde el punto de vista de efectividad la Vareniclina es superior, seguida del Bupropión. Todas las modalidades de TRN resultan efectivas, aunque en casos particulares alguna presentación puede resultar más conveniente. De los tratamientos no farmacológicos el consejo médico es una herramienta útil, cuyo éxito puede ser de 2 a 4%, pero sólo 35% de los médicos lo aplican. El control del tabaquismo es un programa prioritario mundial liderado por la OMS, con un Convenio como herramienta para la implementación de seis políticas costo-efectivas. El CECACE fue diseñado para censar las clínicas para dejar de fumar en México, capacitarlas en cese tabáquico y certificarlas. **Métodos:** Se presenta una breve revisión de la efectividad de las diferentes modalidades de tratamiento del tabaquismo, seguida de una propuesta de evaluación de los modelos de atención del tabaquismo en México consistente en la aplicación de un cuestionario estandarizado a las clínicas participantes en CECACE, en dos años. **Resultados:** 27% de clínicas están dis-

tribuidas en Ciudad y Estado de México. El sistema de Salud más frecuente es SSA, compuesto mayoritariamente por CIJ y CENADIC (41 y 34.2%). El 79% de profesionales son Psicólogos y Médicos. El modelo de atención más prevalente es terapia psicológica combinada con intervención farmacológica (80%). Sólo 6.6% de clínicas vigilan con cotinina sérica o CO. **Conclusiones:** Se requiere reforzar la estrategia O del CMCT/OMS en México, creando más y mejores Clínicas para dejar de Fumar y mayormente en primer nivel de salud.

Palabras clave: Convenio Marco para Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, CECACE, Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar, Tratamiento para Dejar de Fumar.

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un problema mundial de salud pública. Sus consecuencias son numerosas, desde enfermedades devastadoras como las diferentes formas de cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, entre otras,¹ sin tomar en cuenta otros padecimientos donde el tabaquismo interviene como un factor de riesgo asociado a complicaciones que ponen en peligro la salud: bajo peso al nacer, síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones de vías respiratorias en infantes, agravamiento de asma, etc.¹

La OMS ha estimado que aproximadamente 14,000 personas mueren diariamente por causas

relacionadas al tabaquismo.² En nuestro país, 18.5% de la población entre 12 a 65 años de edad son fumadores activos³ y de ellos, cerca de 60,000 personas mueren anualmente por alguna causa relacionada con el consumo crónico de productos de tabaco.⁴ La mayor parte de estas muertes y de las enfermedades que las producen podrían prevenirse si las personas dejaran de fumar.^{5,6}

Por otra parte, la dependencia al tabaco muestra muchas de las características de las enfermedades crónicas. Sólo una minoría de los fumadores consigue mantener la abstinencia a largo plazo (más de 12 meses) en el primer intento de abandono. La mayoría de los fumadores persiste en el consumo de tabaco durante muchos años y típicamente alterna periodos de remisión y recaídas.^{7,8}

Los abordajes modernos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar y abandonar la dependencia a la nicotina deberían reflejar la naturaleza crónica del tabaquismo. Un modelo de atención de padecimientos crónicos, reconoce el comportamiento a largo plazo de la enfermedad, tomando en cuenta que los pacientes pueden presentar periodos de recaída y alternarlos con periodos variables de abstinencia. En la medida que la dependencia a la nicotina se aborda como un padecimiento crónico, mejora el entendimiento de los integrantes del equipo de salud sobre la enfermedad y se está mejor preparado para atender los periodos de recaída, así como para entender la necesidad de insistir en que el fumador realice nuevos intentos para dejar de fumar, más que restringirse a realizar intentos aislados.⁶ En este sentido se requiere

otorgar facilidades a los fumadores para recibir ayuda para dejar de fumar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha logrado ser el organismo líder en la implementación de estrategias para el control del Tabaco y uno de ellos es el convenio mencionado (CMCT/OMSS). Dentro de este convenio están descritas seis políticas, probadas como las de mayor costo-efectividad, que son las herramientas principales para el control de la epidemia del tabaquismo: MPOWER. Así:

M = Monitoreo en el consumo de tabaco y las políticas de prevención.

P = Protección de las personas a la exposición al humo de tabaco.

O = Ofrecer ayuda para dejar de fumar.

W = Advertir acerca de los daños causados por el tabaco.

E = Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio, y

R = Aumentar los impuestos al tabaco.⁹

Brevemente, en cuanto a la estrategia de Monitoreo, en México se ha implementado parte de esta política al aplicar las diversas encuestas en las que se ha medido la prevalencia del consumo de tabaco en el país; las más recientes son:

- Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, México (2009).¹⁰
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008,⁴
- ENSANUT 2006.¹¹
- Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes.¹²

- Encuesta en Estudiantes de Profesiones de la Salud.¹³

No es el objetivo del presente artículo describir cada una de las políticas; sin embargo, la concerniente a la O: Ofrecer ayuda para dejar de fumar, es la que principalmente nos ocupa en este manuscrito.

BREVE REVISIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR

El tratamiento puede dividirse en farmacológico y psicológico. Dentro del tratamiento farmacológico se distinguen dos grupos: compuestos sin nicotina y Terapia de Reemplazo con Nicotina (TRN). En el primer grupo destacan el tartrato de Vareniclina, así como los medicamentos antidepresivos como el Bupropión y la Nortriptilina. Dentro de la TRN se encuentran los parches, goma de mascar, tabletas sublinguales y orales, así como aerosol nasal. En México contamos con una gama amplia de recursos terapéuticos para el tratamiento de la adicción a la nicotina.^{14,15}

El tartrato de Vareniclina se comporta como un agonista parcial de los receptores nicotínicos cerebrales $\alpha 4\beta 2$.¹⁶ En estudios pre clínicos se demostró que la Vareniclina muestra aproximadamente 20 veces mayor afinidad por los receptores $\alpha 4\beta 2$ acetil colinérgicos que la nicotina. De la misma manera se describe que una vez unido a su receptor, dicha unión promueve la liberación de Dopamina en el sistema mesolímbico cerebral equivalente a 40% del observado con la estimulación con nicoti-

na del mismo receptor, efecto agonista parcial. Hasta el momento se han publicado varios estudios que muestran la efectividad del tartrato de Vareniclina en el tratamiento para dejar de fumar, donde se observa que es superior al tratamiento con Bupropión y al placebo. El principal efecto adverso observado es la presencia de náuseas.¹⁷⁻²²

La abstinencia de la nicotina puede producir síntomas depresivos o precipitar un episodio de depresión mayor, por lo cual se justifica el uso de anti-depresivos. La nicotina puede tener algún tipo de efecto anti depresivo que mantiene la conducta de fumar entre los fumadores, así que los medicamentos antidepresivos podrían sustituir dicho efecto.²³ Dentro de los diferentes medicamentos antidepresivos que se han probado como adyuvantes en el tratamiento del tabaquismo, la nortriptilina y el bupropión son los que mejores resultados han mostrado²³. Su utilización se asocia con aumento de las tasas de abstinencia a un año. El bupropión estimula la función noradrenérgica y dopaminérgica, duplica la tasa de abstinencia aun a largo plazo y tiene efecto aditivo con los sustitutos de nicotina como los parches.²⁴⁻²⁶

Existen diferentes modalidades de administración de reemplazo de nicotina, goma de mascar de 2 mg y 4 mg; parches de liberación transdérmica, de 16 a 24 h en dosis de 5 mg/16 h; 10 mg/16 h; 15 mg/16 h; 7 mg/24 h; 14 mg/24 h y 21 mg/24 h y dispositivo de inhalación de nicotina. La terapia de reemplazo con nicotina (TRN) incrementa las probabilidades de éxito a mediano plazo,²⁷⁻³¹ al mismo

tiempo que es bien tolerada por los pacientes. Todas las modalidades de TRN resultan efectivas en el tratamiento de la adicción a la nicotina, aunque en casos particulares alguna presentación puede resultar más conveniente. En múltiples estudios que comparan la efectividad de la TRN contra placebo y con otras modalidades de tratamiento, se ha comprobado la utilidad de este tipo de tratamiento.³²

El consejo médico es la herramienta disponible más simple con la que el médico cuenta para influir de manera decisiva en un fumador para que deje de fumar.³³ Sin embargo, sólo 35% de los médicos se ocupa en proporcionar consejo a la mayoría de los pacientes fumadores que hace cuando menos una visita anual a un médico o a un odontólogo. Se sabe que la recomendación del médico incrementa el número de fumadores que dejan de fumar del 2 al 4%, el consejo médico intensivo es mejor al consejo médico mínimo.³⁴ Se ha observado que la participación del médico u otros profesionales de la salud incrementa las probabilidades de éxito hasta 2.5 veces más en comparación con no hacer nada cuando se atiende a pacientes fumadores.³³⁻³⁵

Para los pacientes fumadores que definitivamente no están interesados en dejar de fumar, la participación del médico como promotor de la salud no queda totalmente cancelada. En principio en este grupo no hay éxito a menos que se modifique la actitud.

La terapia de modificación de la conducta o terapia psicológica tiene como objetivo enseñar a los pacientes a pensar racionalmente.³⁶ La terapia de grupo se basa en la utilización de herramientas de apoyo cognitivo conductual encaminadas a modificar la percepción y las actitudes del paciente hacia el cigarrillo y sus efectos nocivos. Habitualmente la terapia se proporciona en grupos de apoyo que se reúnen periódicamente por espacio de cuatro a seis semanas en combinación con tratamiento farmacológico con substitutos de nicotina.³⁶ Con esta modalidad de tratamiento se logra una abstinencia al año de 20 a 35%. La terapia psicológica individual ha mostrado ser una herramienta eficaz para lograr la abstinencia de la nicotina a mediano plazo, comparado con la atención estándar en consulta ambulatoria. No se observan diferencias entre el consejo individual breve e intervenciones individuales más intensivas.³⁷ En una revisión sistemática,³⁸ se observó que la terapia grupal se asocia con un aumento en la tasa de abandono del tabaquismo, de la misma manera, se observa que la terapia psicológica en grupo es más efectiva comparada con grupos que no reciben ningún tipo de intervención. En esta revisión no se demostró que la terapia de grupo fuera más efectiva, o de menor costo que las intervenciones individuales de similar intensidad. Una de las desventajas es el tiempo que se invierte y el costo del tratamiento que puede ser considerable; existe variabilidad en el grado de aceptación por parte de los pacientes hacia este tipo de tratamiento. De acuerdo con Stead y Lancaster³⁸ la

terapia psicológica de grupo es superior a las estrategias de autoayuda y a intervenciones de menor intensidad. En México se ha evaluado el éxito a corto y mediano plazo de la terapia psicológica para dejar de fumar, observando buenos resultados. Al final de las sesiones de terapia de grupo, 83% de los pacientes se mantiene en abstinencia, el seguimiento a 12 meses mostró que la tasa de abstinencia se ubica en 35%³⁹.

MODELOS DE ATENCIÓN DEL TABAQUISMO EN MÉXICO

Continuando con las consideraciones del modelo de atención del tabaquismo en el país y sobre nuestra forma de implementar la política O (Ofrecer ayuda para dejar de fumar), quizá la limitación más relevante en el sistema de salud vigente es su fragmentación y segmentación.

Actualmente México cuenta con un Sistema de Salud de tipo mixto compuesto por instituciones de salud públicas que cubre las necesidades de los trabajadores y sus familias (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS; Instituto de Salud y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE; Instituciones de Salud para Trabajadores de las Entidades Federativas, Hospitales públicos e Instituciones de salud privadas. Lo anterior, como puede entenderse, dificulta las acciones coordinadas para enfrentar este problema de la atención del tabaquismo.⁴⁰ En términos generales, los problemas de salud se enfrentan desde el ámbito muy particular de cada Institución y de los diferentes niveles de salud (primario, secundario ó terciario).

Las Clínicas Contra el Tabaquismo se encuentran distribuidas a nivel nacional, inicialmente ubicadas en 3er. y 2o. nivel, sin embargo, la recomendación actual es a llevar los programas de salud hacia el 1er. nivel de atención. Esto último es debido a que la población de médicos de 1er. nivel de atención es la más numerosa, y, de acuerdo con los datos que se mencionarán más adelante, tiene un gran potencial para la disminución de la población fumadora actual y la prevención de nuevos fumadores.^{10,41}

El uso crónico de productos de tabaco y la dependencia a la nicotina representan la confluencia de circunstancias extrañas:

1. Un riesgo considerable para la salud.¹
2. La falta de motivación entre los médicos y demás miembros del equipo de salud para intervenir de manera consistente.⁴²
3. La existencia de intervenciones de tratamiento valoradas como efectivas por la literatura nacional e internacional.⁴³

Esta última circunstancia cobra realce por la evidencia que muestra que las intervenciones para atender la dependencia al tabaco, cuando se proporcionan a tiempo y de manera eficiente, reducen de manera significativa los riesgos para la salud a los que se encuentran expuestos los fumadores.⁴⁴⁻⁴⁷

De acuerdo con la ENA 2008, México presenta una prevalencia de consumo de tabaco de 18.5% en población de 12 a 65 años de edad, lo que repre-

senta aproximadamente 14 millones de fumadores. De éstos, 20.6% (12.7 millones) son adultos y 8.8% (1.2 millones) son adolescentes; el promedio de consumo se ubica en siete cigarrillos al día; 11% de los adultos y 3.2% de los adolescentes fumadores muestran datos de dependencia a la nicotina.⁴

Abundando en el tema de la atención del tabaquismo en nuestro país, existen dos vías para su atención en México:

- 1) Cuando el fumador acude a un médico de primer contacto por alguna enfermedad y en ese momento recibe consejo médico para dejar de fumar. Para ello, es requisito indispensable que los fumadores que deseen dejar de fumar encuentren fácilmente médicos de primer contacto que les puedan otorgar el consejo médico o bien referirlos a clínicas especializadas. Los médicos de primer contacto (atención primaria) constituyen la mayor proporción del personal de salud que otorga atención médica a la población y, por lo tanto, a personas fumadoras. Sin embargo, no es una garantía que los médicos de primer contacto proporcionen información sobre el tratamiento del tabaquismo y sobre los programas para dejar de fumar a los que puedan acceder los fumadores. Por ejemplo, en un estudio realizado en Estados Unidos, se encontró que 70% de los fumadores acuden a ver a un médico general, odontólogo y/o a Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar una

vez al año. Sin embargo, sólo a 35% de ellos se les ofreció consejo médico para dejar de fumar o fueron referidos a una Clínica de Ayuda.⁴⁷ En nuestro país, en un estudio reciente (datos aún no publicados de Villalobos y cols.) de 1,205 fumadores, 36% acude con el médico general y sólo 31% de ellos recibe consejo médico, lo cual equivale a sólo 11% del total de la población fumadora. Aún más, del pequeño grupo de pacientes que recibió consejo médico para dejar de fumar, sólo se canalizó a 26% a Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar.¹⁰

Lo anterior coincide con los hallazgos descritos en la GATS 2009 en nuestro país, donde se encontró que, de todos los fumadores que tuvieron una evaluación médica por cualquier motivo, sólo al 26.7% se le interrogó sobre el antecedente de tabaquismo y se les aconsejó dejar de fumar.¹⁰

- 2) La otra alternativa para ayudar a los fumadores a dejar de fumar es a través de las Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar. En México, estas Clínicas se encuentran ubicadas en las instituciones de salud que se conocen como de Tercer y Segundo Nivel, es decir, centros hospitalarios donde se atienden con mayor o menor especialización los problemas de salud, respectivamente. Por lo tanto, el acceso se limita a los usuarios y/o conocedores de estas instituciones. Por ello, se requieren Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar en el Primer Nivel de Atención.

La existencia de más y mejores Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar es una parte crítica del Programa Nacional para el Control del Tabaco.³⁻⁶ Existe evidencia de que 72.1% de fumadores actuales desea dejar de fumar, pero desconocen la existencia de sitios especializados para hacerlo.^{7,10,48} Esto es, cerca de 8 millones de fumadores actuales está interesado en dejar de fumar. En contraste, de los fumadores que intentan dejar de fumar, la gran mayoría (90.3%) lo logró únicamente con fuerza de voluntad, 6.2% utilizó tratamiento farmacológico y sólo 2.9% tuvo asesoramiento o consejo médico breve.⁷ Una explicación al respecto, al menos parcial, es que más de 50% de los fumadores ignora que existen clínicas especializadas para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. El punto es relevante pues existe una fuerte asociación entre la decisión de intentar dejar de fumar y el conocimiento de la existencia de Clínicas de Ayuda para hacerlo (OR 12.48, IC95% 8.90-17.52, $p = 0.000001$).⁴¹

En México se han realizado diversos esfuerzos con la finalidad de sistematizar los servicios de ayuda para dejar de fumar. Dichos esfuerzos abarcan desde la simple difusión de algoritmos de abordaje de los pacientes fumadores; elaboración de Guías Clínicas para la atención del tabaquismo;¹⁵ encuentros nacionales e internacionales para la estandarización de los modelos de tratamiento (Encuentros Iberoamericanos; Encuentros CECAS Querétaro 2006 y Sumiya, Morelos, 2008 ambos organizados por Conadic).

Asimismo, a nivel normativo se cuenta con una Norma Oficial Mexicana que establece los lineamientos y requisitos mínimos con que debe cumplir un servicio de ayuda para dejar de fumar (NOM-028-29 agosto, 2010).

Sin embargo, poco se ha logrado para poner al alcance de los interesados y de los médicos que los atienden, la información obtenida tras los esfuerzos realizados. El CECACE (Censo, Capacitación y Certificación de Clínicas de Profesionales de la Salud dedicados al Tratamiento del Tabaquismo) es un programa diseñado, entre otros objetivos, para hacer públicas y accesibles por medios electrónicos a los fumadores, todas las opciones que existen en México para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Este Censo resume los modelos de atención en materia de tabaquismo existentes en México y forma parte de la estrategia de M: Monitoreo del CMCT/OMS.

MATERIAL Y MÉTODOS

El CECACE es una iniciativa, en México, del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas" (INER), del Consejo Mexicano contra el Tabaco (CMCT), de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT). El programa fue diseñado, en principio, para determinar el alcance de la capacidad nacional en términos de la infraestructura disponible en materia de servicios para dejar de fumar; determinar el número de clínicas de ayuda existentes en México y su ubicación,

así como registrar los servicios ofrecidos y su publicación en internet de fácil acceso a la comunidad. El segundo objetivo del CECACE es Capacitar a todo individuo o Institución que desee actualizar sus conocimientos y estrategias en programas para dejar de fumar. El tercer objetivo es Certificar a las Instituciones participantes.

En el presente trabajo se muestran los resultados del Censo a casi dos años de su inicio.

Convocatoria para elaborar el Censo: Se hizo una invitación a registrar en este Censo los servicios de las instituciones públicas y/o privadas con servicios de atención a fumadores a través de comunicaciones directas, ya sea vía escrita, electrónica o durante las sesiones del Comité Interinstitucional de Lucha contra el Tabaco (CIILCT). Cabe mencionar que éste es un comité formado por representantes de todas las instituciones involucradas, de una u otra manera en la lucha contra el tabaco. Una vez que un grupo de clínicas se registraron, se hizo la presentación ante la comunidad de la existencia de este portal en internet a través de una conferencia de prensa abierta a medios masivos de comunicación.

Derivado de las experiencias previas se diseñó un instrumento para evaluar la infraestructura y capacidad nacional disponible.

Con esta estrategia se cubrieron dos objetivos. El primero, anunciar a los fumadores la existencia de un sitio en donde fuera posible consultar las clínicas en las cuales potencialmente encontrarían ayu-

da para dejar de fumar. El segundo objetivo fue incentivar a las Clínicas no censadas a participar registrándose.

Encuesta: Para registrarse en el Censo Nacional de Clínicas se le proporcionó a cada clínica participante una encuesta cuyo objetivo fue censar los modelos de atención en materia de tabaquismo ofrecidos. Asimismo, se registró la formación profesional de los responsables, tipo de intervención ofrecida, el costo, el horario, ubicación precisa, datos de contacto, mecanismos de seguimiento para corroborar abstinencia y si se desarrollaba algún tipo de programa de promoción para la salud y prevención/investigación en tabaquismo. De los resultados obtenidos de esta encuesta se conformó el directorio que está disponible en la página web www.quierodejardefumar.mx. Este Directorio es actualizado cada vez que se registra una nueva Clínica.

RESULTADOS

Se registraron 257 Clínicas o Centros de Atención en todo el país. En el **cuadro I** se muestra la distribución de las clínicas en el país. Se puede observar que una cuarta parte se ubica entre la Ciudad de México y el Estado de México. La mayoría de las Clínicas pertenecen al sistema de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) (41%) y de las Clínicas del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC); centros “Nueva Vida” (34.2%) (**Cuadro II**). Sólo en 27 Clínicas (10.7%) los servicios tienen un costo predeterminado, el resto no lo tienen o se basan en un estu-

Cuadro I. Clínicas registradas según Entidad Federativa.

Entidad Federativa	Núm.	%	Entidad Federativa	Núm.	%	Entidad Federativa	Núm.	%
Ciudad de México	35	13.6	Jalisco	8	3.1	Baja California Sur	3	1.2
Estado de México	34	13.2	Oaxaca	8	3.1	Chiapas	3	1.2
Querétaro	15	5.8	Tamaulipas	7	2.7	Chihuahua	3	1.2
Tabasco	15	5.8	Aguascalientes	6	2.3	Coahuila	3	1.2
Sinaloa	12	4.7	Colima	6	2.3	Hidalgo	3	1.2
Zacatecas	11	4.3	Veracruz	6	2.3	Nayarit	2	0.8
Puebla	10	3.9	Morelos	5	1.9	San Luis Potosí	2	0.8
Quintana Roo	10	3.9	Nuevo León	5	1.9	Sonora	2	0.8
Campeche	9	3.5	Baja California	4	1.6	Durango	1	0.4
Guanajuato	9	3.5	Michoacán	4	1.6	Tlaxcala	1	0.4
Guerrero	9	3.5	Yucatán	4	1.6	No hay dato	2	0.8

Cuadro II. Clínicas Registradas según Institución.

Entidad Federativa	Núm.	%
SSA	22	8.5
ISSSTE	12	4.7
IMSS	12	4.7
CENADIC	88	34.2
CIJ	105	41
Universitarios	6	2
Privados y otras	12	2
Total	257	100

dio socioeconómico (*Cuadro III*). El 51% de los responsables de las clínicas son Psicólogos, 28% son médicos y 10% son trabajadores sociales. En el *cuadro IV* se muestra el tipo de servicio ofrecido y el perfil de los profesionales que lo prestan. La mayor parte de la cobertura profesional de las clínicas depende de Psicólogos, Médicos y Trabajadores sociales (89.5, 82 y 74%, respectivamente). Todas ofrecen consejo breve para dejar de fumar y casi 80% ofrece terapia psicológica individual y/o grupal. El 75% ofrece terapia farmacológica y sólo 62% cuenta con un sistema médico integrado para el diagnóstico oportuno de enfermedades asociadas al tabaquismo. El 65% de los centros refiere participar o hacer campañas de promoción en contra el tabaquismo y 17% participa en proyectos de investigación. En el *cuadro V* se muestra el proceso de seguimiento y vigilancia de la abstinencia al concluir los programas para dejar de fumar. Más de 80% de las Clínicas encuestadas refiere que hace seguimiento para vigilar la abstinencia, la mayoría a través de testimonios verbales o telefónicos. Sólo 17 centros utilizan monóxido de carbono (CO) espirado y dos niveles séricos de cotinina.

DISCUSIÓN

Este trabajo presenta una breve revisión de los tratamientos para dejar de fumar, y muestra el Censo de los programas disponibles en México para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Cada Clínica tuvo la oportunidad de anunciar libremente el tipo de servicio que ofrece. En este sentido, este trabajo muestra los modelos de asistencia que ofrece el sector público y privado a los fumadores en México.

En la distribución de las Clínicas por entidad federativa resalta el hecho de que casi 27% de las mismas se encuentran en la Ciudad de México y Estado de México, en tanto que entidades relativamente pequeñas, tanto en extensión territorial como en el número de habitantes, cuentan hasta con 15 clínicas (Querétaro, por ejemplo) y entidades de mayor extensión geográfica (como Chihuahua) cuentan con un número mucho menor. Pudiera concluirse que la distribución de clínicas es inadecuada, sin embargo, esto puede deberse a un subregistro de Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar y debido a esto no se pueden sustentar aún conclusiones contundentes de este dato.

En cuanto a la cobertura de cada Dependencia dedicada a la atención de la Adicción al Tabaco, 75% de la atención a nivel nacional depende de los CIJ y del CENADIC. Los primeros funcionan con una cuota inicial de 15 pesos (un poco más de un dólar americano aproximadamente) y después, el costo completo del tratamiento depende de un estudio socioeconómico. El costo máximo de las 10 sesiones de tratamiento es de aproximadamente 550 pesos mexicanos (un poco más de 42 dólares americanos). Los CIJ son centros que inicialmente ofrecían sólo atención a jóvenes con problemas de adicción con drogas ilícitas. Desde hace aproximadamente 10 años incluyeron un programa de tabaquismo en sus modelos de atención. Debido a que la infraestructura y los recursos humanos ya existían, simplemente agregaron los servicios de ayuda al fumador en sus centros. Sin embargo, a pesar de contar con más de 200 cen-

Cuadro III. Clínicas de Atención según costo del Servicio.

Costo de los servicios	Núm.	%
Gratuito	92	34
Con costo	27	10
Costo según estudio socioeconómico	127	47
Solo derechohabientes	24	9
Total	270	100.0

Cuadro IV. Descripción del Modelo de Atención.

Tipo de personal	Num.	%
Enfermeras	59	23.0
Médicos	211	82.1
Psicólogos	230	89.5
Trabajador Social	190	73.9
Otros	37	14.4
Consejo breve	233	90.7
Terapia psicológica individual	210	81.7
Terapia psicológica grupal	201	78.2
Terapia farmacológica	193	75.1
Seguimiento periódico para evaluar efectos secundarios y niveles de abstinencia	217	84.4
Programa dx. Oportuno de enfermedades asociadas a tabaquismo	161	62.6
Campañas de promoción-prevención	198	77
Investigación y docencia	103	40.1

Cuadro V. Estrategias de Seguimiento y Vigilancia.

Seguimiento	Núm.	%
Teléfono	125	48.6
Virtual	19	7.4
Presencial	220	85.6
Presencial testimonio	109	42.4
Presencial nivel sérico cotinina	2	0.8
Presencial monóxido de carbono	17	6.6
No se realiza seguimiento	25	9.7
Sólo durante la fase del tratamiento	14	5.4
Entre 3 y 6 meses después de tratamiento	55	21.4
Entre 6 meses y 1 año después de tratamiento	117	45.5
Más de 1 año después de tratamiento	46	17.9
Total	257	100.0

tros en todo el país solamente se registraron 105. Esto último sugiere que se requiere aún más difusión y promoción de los centros de ayuda para dejar de fumar.

Es de resaltar que los centros “Nueva Vida” del CENADIC ofrecen los servicios para dejar de fumar en forma gratuita. Sólo 10% del total de las Clínicas registradas tiene un costo y son las que funcionan como privadas. Sin embargo, la mayoría de Clínicas de Ayuda funciona aplicando un estudio socioeconómico y de acuerdo con el mismo, una cuota de recuperación.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) representa el grueso de la atención médica en México. Se asume que un poco más de 50% de la población y, por lo tanto, también de los fumadores, tienen cobertura médica del IMSS. Sin embargo, solamente se registraron 12 clínicas (4.7%), lo cual sugiere que no tienen este servicio o que no lo registraron. En cualquiera de los dos casos, los fumadores que buscan ayuda y en forma teórica lo podrían recibirla sin costo adicional en el IMSS, no saben que lo pueden hacer. El Instituto de Seguridad Social y de Servicios para Trabajadores del Estado (ISSSTE) está en circunstancias similares aunque su cobertura poblacional es menor que la del IMSS, en términos de servicios médicos sin costo para los trabajadores, ocupa el segundo lugar después del IMSS y solamente se registraron 12 Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar. De alguna forma, tanto las clínicas del CENADIC, de los CIJ y las que en la aparecen en el *cuadro II* como de la

Secretaría de Salud (SSA) son instancias que dependen de la Secretaría de Salud y explican 84% de la atención que se les ofrece a los fumadores en México. Seis clínicas son parte del Sistema Universitario de Salud. Llama la atención la existencia de pocas clínicas del sector privado.

Un tema relevante en este trabajo es el concerniente al personal de Salud involucrado en la atención de este problema. El 90% de los profesionales de la salud que ofrecen tratamiento para dejar de fumar son Psicólogos y este hecho explica que la terapia psicológica, ya sea grupal o individual sea la que ofrezcan 80% de todas las Clínicas. El 82% de las Clínicas cuenta con un médico y 90.7% ofrece consejo breve para dejar de fumar, lo cual indica que este recurso es utilizado no solamente por el grupo de médicos. El número de clínicas que cuenta con un médico es probablemente el mismo que ofrece terapia farmacológica puesto que para algunos medicamentos se requiere una prescripción médica. Este trabajo no incluyó la pregunta del tipo de medicamentos o fármacos que se utilizan preferentemente para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

Está bien descrito que el éxito en el tratamiento de la adicción al tabaco es alto a corto plazo, pero disminuye a lo largo de los meses posterior al cese tabáquico. Es por esto que la forma de seguimiento y la evaluación periódica del mantenimiento de la abstinencia es de suma relevancia. En el presente escrito se logró documentar que 86% de las clínicas se ocupa de hacer seguimiento del estado de absti-

nencia y, por lo tanto, del impacto de sus intervenciones. Sin embargo, solamente un número muy reducido utiliza CO exhalado o cotinina en orina y la vigilancia es predominantemente telefónica durante un periodo que oscila entre tres y 12 meses.

Uno de los aspectos identificados en esta encuesta es el registro de las características de cada clínica, por ejemplo, en cuanto a actividades de promoción o de investigación. Así, existen clínicas en donde no se realizan campañas o actividades de Investigación (en total 17 clínicas, 6.6%), y sólo en 71 Clínicas (28%) se realizan actividades de Investigación.

El modelo de atención de mayor prevalencia es el de la terapia psicológica combinada con algún tipo de intervención farmacológica. La terapia cognitivo conductual es la estrategia más utilizada. Esta intervención, modificada de la utilizada en el INER es la que se aplica en los CIJ y en las Clínicas del CENADIC y algunas Clínicas Universitarias o de la Secretaría de Salud, es decir, es aplicada en más de 80% las clínicas. Se ha reportado que esta intervención⁴¹ tiene un poco más de 35% de éxito en términos de abstinencia sostenida en un año y, por lo tanto, se podría asumir un éxito al menos similar en otros centros que la empleen (en condiciones y población similares). De especial importancia es la incorporación del consejo breve en 90% de los centros.

En resumen, estos datos muestran que el sistema de salud, en particular el de la Secretaría de Salud, evidencia una clara preocupación por los fumado-

res, por ofrecerles posibilidades de ayuda para que dejen de fumar a través de clínicas especializadas. Es de resaltar el número escaso de clínicas del IMSS e ISSSTE. En esta última Institución existen programas accesibles al usuario vía internet que otorgan una información concisa sobre la adicción a tabaco y refieren al usuario a una línea de atención vía telefónica para su orientación y a su clínica de atención correspondiente. Sería de gran utilidad para la población derecho-habiente si todas estas Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar dependientes del IMSS e ISSSTE se encontraran en activo y fueran registradas en el Censo. Así, la población usuaria de estos servicios contarían con una lista con sus direcciones y horarios y probablemente el servicio sería más eficiente e integrador. Por otro lado, llama la atención el escaso número de clínicas privadas. En ambos casos, es posible que se trate de una omisión no intencionada, ésta a la vez por falta de promoción en los medios actuales de difusión de información.

CONCLUSIONES

- La estrategia O: Ofrecer ayuda para Dejar de fumar del CMCT/OMS, requiere reforzarse en nuestro país, sobre todo con la creación de nuevas Clínicas en el Primer Nivel de Atención en Salud, con la participación de todas las Instituciones Públicas y Privadas involucradas en la atención a personas fumadoras, con el registro de cada Clínica y con el seguimiento/mantenimiento de las estrategias para promoción e Investigación en Adicción a Tabaco de cada Clínica.

- En México se encuentran disponibles las diferentes modalidades de tratamiento para el cese del tabaco, estos tratamientos se basan en medicamentos específicos para dejar de fumar como la Vareniclina o el Bupropión, medicamentos con efecto antidepresivo como la Nortriptilina, así como substitutos de nicotina en modalidad de parches transdérmico, goma de mascar y pipa de inhalación. Todos los medicamentos para dejar de fumar han mostrado ser costo-efectivos.
- Existe aparentemente una distribución irregular de las Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar en México, requiriendo ser realizada de acuerdo con la densidad de población, prevalencia de fumadores y número de potenciales usuarios (fumadores de deseen dejar de fumar) de cada entidad federativa.
- Las dependencias con más presencia a nivel estatal (con mayor número de Clínicas de Ayuda para dejar de Fumar registradas en el CECACE) pertenecen al Sistema de Salud de la SSA.
- Los profesionales de la Salud involucrados con mayor frecuencia en la atención de la Adicción a Tabaco son Psicólogos y Médicos.
- El modelo de atención prevalente es el de la terapia psicológica combinada con algún tipo de intervención farmacológica.
- Aún es frecuente la existencia de Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar con pocas o nulas actividades de Promoción e Investigación en Adicción a Tabaco.

REFERENCIAS

1. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498-504.
3. Tobacco: Deadly in any form or disguise. World non tobacco day 2006. Disponible en: www.who.int/tobacco/wntd.
4. SSA. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
5. Kuri-Morales P, Alegre-Díaz J, Mata-Miranda MP, Hernández-Ávila M. Mortalidad atribuible al tabaquismo en México. *Salud Pública de México* 2002; (Suppl.)4: 29-33.
6. World Health Organization. Tobacco free initiative. Geneva: WHO 2006.
7. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
8. Fiore MC, Jorenby DE, Schensky AE, et al. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 209-13.

-
9. MPOWER (WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package.
 10. Reynales SLM, Shamah L T, Méndez HI, Rojas MR, Lazcano PE. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2010.
 11. Olaíz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud 2006. México. Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
 12. Reynales-Shigematsu LM, Valdés-Salgado R, Rodríguez-Bolaños R, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008.
 13. Reynales-Shigematsu LM, Vázquez-Grameix JH, Lazcano-Ponce E. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de la Salud, México 2006. *Salud Publica Mex* 2007; 49(Suppl. 2): S194-S204.
 14. Sansores RH, Ramírez-Vengas A, Espinosa-Martínez M, Sandoval RA. Tratamientos para dejar de fumar disponibles en México. *Salud Pública de México* 2002; 44(Suppl. 1): S116-S124.
 15. Sansores MR, Regalado PJ, Buitrago G. Guías Mexicanas para el Tratamiento del Tabaquismo. *Revista de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax* 2005; (Supl. 2): S83-S112.
 16. Oncken C, Gonzalez D, Nides M, Rennard S, Watsky E, et al. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist varenicline, for smoking cessation. *Archives of Internal Med* 2006; 166: 1571-7.
 17. González D, Rennard SJ, Nides M, Oncken C, Azoulay S, et al. Varenicline, an $\alpha 4 \beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor partial agonist, vs sustained release Bupropion and Placebo for Smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 47-54.
 18. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Williams KE, Billing CB, et al. Efficacy of Varenicline, an $\alpha 4 \beta 2$ Nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs Placebo os sustained-release Bupropion for smoking cessation. A Randomized Controlled Trail. *JAMA* 2006; 296: 56-63.
 19. Tonstand S, Tønnessen P, Hayek P, Williams KE, Billing CB, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on Smoking Cessation. *JAMA* 2006; 296: 64-71.
 20. Williams KE, Reeves K, Billing CB, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of Varenicline for smoking cessation. *Curr Med Res Op* 2007; 23: 793-801.
 21. Nides M, Oncken C, Gonzalez D, Rennard S, Watsky EJ, Anziano R, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective $\alpha 4 \beta 2$ nicotinic receptor partial agonist. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1561-8.
 22. Cahill K, Stead JF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonist for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 24(Issue 1). Art. No.: CD006103: 1-24.
 23. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1: CD000031.
 24. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2001; 135: 423.
 25. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Dale LC, et al. A Comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195.
-

26. Jorenby DE, Leischow SSJ, Nides MA, Rennard SI, Jonson JAA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-91.
27. Stapleton JA, Russell MAH, Feyerabon C, Wiseman SM, Gustavsson G, et al. Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. *Addiction* 1995; 90: 31-42.
28. Glover ED, Sachs DPL, Stitzer ML, et al. Smoking cessation in highly dependent smokers with 4 mg nicotine polacrilex. *Am J Health Behavior* 1996; 20: 319.
29. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub2.
30. Tonnesen P, Norregaard J, Mikkelsen K, Jorgensen S, Nilsson F. A double-blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation. *JAMA* 1993; 269: 1268-71.
31. Hajek P, West R, Foulds J, et al. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2033.
32. Henningfield JE. Nicotine medication for smoking cessation. *N Engl J Med* 1995; 333: 1196-203.
33. Smoking and health: a physician's responsibility. A statement of the joint committee on smoking and health. American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Asia Pacific Society of Respiriology, Canadian Thoracic Society, European Respiratory Society, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. *Eur Respir J* 1995; 8: 1808-11.
34. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 18: CD000165.
35. Willemsen MC, Wiebing M, van Emst A, Zeeman G. Helping smokers to decide on the use of efficacious smoking cessation methods: a randomized controlled trial of a decision aid. *Addiction* 2006; 101(3): 441-9.
36. Ellis A, Abrahams E. *Terapia Racional Emotiva (TRE)*. México: Ed. Pax; 1983.
37. Lancaster T. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2: CD001292. Review.
38. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 18; 2: CD001007. Review.
39. Sansores-Martínez RH, Córdoba Ponce MP, Espinosa Martínez M, Herrera-Kiengerher L, Ramírez-Venegas A y cols. Evaluación del programa cognitivo conductual para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Rev Inst Nal Enf Resp* 1998; 11: 29-35.
40. Rubio MH, Sansores RH, Oviedo GMT, Espinosa MM, Vélez BA, Castrejón VJM. Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2003; 16(2): 92-102.
41. Sansores RH, Villalba-Caloca J, Herrera-Kiengelher L, Soriano-Rodríguez A, Ramírez-Venegas A. Prevalence of cigarette smoking among employees of the Mexican National Institutes of Health. *Salud Pública de México* 1999; 41(5): 381-8.
42. Rothemich SF, Woolf, SH, Johnson, RE, et al. Effect on cessation counseling of documenting smoking status as a routine vital sign: An ACORN study. *Ann Fam Med* 2008; 6: 60-8.

43. Regalado P. Tratamiento Actual del Tabaquismo. *Salud Pública Mex* 2007; 49(Supl. 2): S270-S279.
44. Baumeister SE, Schumann A, Meyer C, et al. Effects of smoking cessation on health care use: is elevated risk of hospitalization among former smokers attributable to smoking-related morbidity? *Drug Alcohol Depend* 2007; 88: 197-203.
45. Lightwood J. The economics of smoking and cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2003; 46: 39-78.
46. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med* 2007; 356: 2388-98.
47. Gilpin EA, Pierce JP, Johnson M, Bal D. Physician advice to quit smoking: results from the 1990 California Tobacco Survey. *J Gen Intern Med* 1993; 8(10): 549-53.
48. West R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 2004; 328: 338-9.



CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN MÉXICO



XIV. Tabaco y cáncer

Dr. Juan W. Zinser*

* Médico Oncólogo. Instituto Nacional de Cancerología. Presidente del Consejo Mexicano Contra el Tabaquismo.

El cáncer es una de las consecuencias más importantes del tabaquismo, ya que éste representa la causa de 30% de todos los casos de cáncer. El cáncer de pulmón es el que se asocia con mayor frecuencia, ya que 90% de los casos son secundarios al humo de tabaco, también es necesario conocer el gran impacto que tiene en la etiología y evolución de otras neoplasias.

A continuación se presentan los siguientes puntos relacionados con el tabaquismo y cáncer:

1. Antecedentes históricos.
2. Humo de tabaco y carcinógenos.
3. Mecanismo de carcinogénesis.
4. Neoplasmas secundarios al tabaquismo.
5. Tabaquismo y pronóstico del cáncer.
6. Cáncer y tabaquismo pasivo.
7. Tabaquismo, embarazo y cáncer.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En 1761 John Hill describió dos casos de cáncer de las fosas nasales secundarios a la aplicación intranasal de tabaco. El incremento en la incidencia de cáncer de pulmón desde fines del siglo XIX y principio del siglo XX fue atribuido por algunos al uso del tabaco. Algunas de las observaciones al respecto eran muy fuertes y prácticamente concluyentes como el reporte de Müller en 1939 que de 96 pacientes con cáncer sólo tres no eran fumadores. Sin embargo, dicha asociación fue demostrada de manera incontrovertible en Estados Unidos y en Inglaterra hasta 1950. Wynder y Graham reportaron que en 605 hombre con cáncer de pulmón

96.5% eran fumadores.¹ Y los ingleses Doll y Hill encontraron que de 649 hombres con cáncer de pulmón sólo dos no habían sido fumadores.² A pesar de la evidencia, distinguidos personajes del medio científico se negaban a aceptar dicha asociación. Durante los siguientes años se acumuló más información sobre el tabaquismo como agente causal del cáncer de pulmón y se encontró que también era responsable del cáncer de laringe, esófago y vejiga. Sin embargo, no fue hasta 1964 cuando el Cirujano General de Estados Unidos emitió la alerta de que el tabaquismo podía ser dañino a la salud. El debate continuó todavía durante varios años a pesar de que la evidencia se incrementó; lo que demuestra lo difícil que ha sido incorporar a los estándares de salud pública el control del tabaquismo.

2. HUMO DE TABACO Y CARCINÓGENOS

El humo del tabaco contiene cuando menos 55 carcinógenos bien estudiados,³ los cuales producen daño no sólo en las vías respiratorias, sino en el resto de los tejidos del cuerpo. Todas las modalidades de tabaquismo son prohibitivamente tóxicas. No existe un menor riesgo en el humo de puros y pipas e inclusive el tabaco masticable es altamente cancerígeno a la cavidad oral.

3. MECANISMO DE CARCINOGENESIS

Los carcinógenos inhalados al entrar en contacto con el DNA de las células forman lo que se llama aductos, que eventualmente producirán mutaciones y células neoplásicas. La formación de dichos

aductos es mayor entre menor es la edad de la persona.⁴ De ahí la mayor susceptibilidad de los niños y productos en gestación al desarrollo de cáncer ante la exposición al tabaquismo pasivo.

Los mecanismos de carcinogénesis no dependen únicamente de los carcinógenos presentes en el humo del tabaco, sino del efecto sinérgico que tiene con otros elementos. Probablemente el más importante es la herencia. Quien fuma y tiene antecedentes familiares de cáncer está sujeto a un mayor riesgo de desarrollarlo. Un ejemplo es el riesgo de cáncer de pulmón que se puede incrementar de 16 a 25%.⁵ Otros factores que tienen efecto sinérgico con el tabaco son el alcohol en el cáncer de la cavidad oral, el virus de la hepatitis C y el cáncer de hígado y el virus del papiloma humano y el cáncer cervicouterino.

4. NEOPLASIAS SECUNDARIAS AL TABAQUISMO

El cáncer de pulmón es el que con mayor frecuencia se asocia con el tabaquismo. Aproximadamente 90% son o han sido fumadores. Y de 10% restante 2-3% han sido fumadores pasivos. No existe un nivel de tabaquismo no dañino. Desde 1950 se reportó que fumar de uno a cuatro cigarros al día incrementa el riesgo de cáncer de pulmón en 700%. Y el riesgo de fumar 25 cigarros diarios lo aumenta 2,700%.² La duración del tabaquismo tiene estrecha relación con el riesgo. Quien deja de fumar a los 30 años tiene 2% de posibilidades de desarrollar cáncer de pulmón.⁶ De continuar fumando, dicho riesgo se incrementa hasta 25% en caso de existir antecedentes familiares de cáncer.

En cuanto a la histología del cáncer de pulmón y su relación con el tabaquismo. Entre mayor es la duración del mismo mayores son las posibilidades de presentar un carcinoma de células pequeñas.⁷ Por otro lado, en los últimos 50 años se ha presentado un importante aumento en la frecuencia del adenocarcinoma, hecho que se atribuye a la menor cantidad de nicotina y probablemente a la boquilla que induce al fumador a inhalar más profundamente con lo cual distribuye el humo de manera más amplia en los pulmones.⁸

En general las vías aerodigestivas superiores son altamente susceptibles de desarrollar cáncer a consecuencia del tabaquismo, principalmente la orofaringe, laringe y esófago. Y el riesgo en cavidad oral es aun mayor con el puro, la pipa y el tabaco no inhalado.

En las vías urinarias, cuando menos la mitad de los casos de cáncer de vejiga son secundarios al tabaquismo, así como la tercera parte de los casos de cáncer de riñón.

La lista de otros tipos de cáncer en los cuales el tabaquismo participa es creciente, incluyéndose cuando menos los siguientes: estómago, páncreas, colon y recto, leucemias, linfomas y sistema nervioso.

5. TABAQUISMO Y PRONÓSTICO DEL CÁNCER

Además de la participación del tabaquismo en el origen del cáncer, cuando éste es diagnosticado, se encuentra en un estadio más avanzado cuando el paciente es o ha sido fumador. En general las

posibilidades de tener un tumor localizado, es decir, sin metástasis, cuando se establece el diagnóstico de cáncer son de 67% en los que nunca han fumado, disminuye a 61% cuando existe el antecedente de tabaquismo y a 50% cuando aún fuman. Inclusive el riesgo de metástasis en cáncer de próstata en pacientes que nunca han fumado contra los que aún fuman es de 15 y 23%, respectivamente.⁹

Una vez hecho el diagnóstico de cáncer nunca es tarde para dejar de fumar, ya que el pronóstico de los pacientes mejora con la abstención del tabaquismo.^{10,11} Son varias las razones por las que los pacientes con cáncer tienen un mejor pronóstico si dejan de fumar. Uno de los mecanismos de daño secundarios al tabaquismo es el que se presenta en el endotelio vascular, que son las células que recubren el interior de los vasos sanguíneos. Esto reduce la oxigenación de los tejidos de manera inmediata entre un 25 y 50%. Esta lesión vascular limita además el acceso de los medicamentos a las células. En pacientes con cáncer de cabeza y cuello, pulmón y tumores del estroma gastrointestinal se ha reportado una mayor supervivencia cuando los pacientes se abstienen de fumar. Los mecanismos que permiten una mayor efectividad de los medicamentos probablemente son múltiples. En el irinotecán, droga utilizada principalmente en el tratamiento de tumores del tubo digestivo, la dosis efectiva es mayor en los no fumadores, ya que el tabaquismo acelera el metabolismo de la misma.¹² Generando, además, una situación engañosa para médicos y pacientes, ya que se presentan menos efectos secundarios al tratamiento oncológico.

El riesgo de complicaciones quirúrgicas, principalmente problemas de cicatrización, es mayor entre los fumadores. Por ejemplo, en mujeres con cáncer de mama es hasta de 50%, pero se abate significativamente si dejan de fumar unas tres semanas antes de la cirugía. Obviamente esta potencial demora en la cirugía no siempre es posible en pacientes con cáncer.

El pronóstico después de una cirugía que ha dejado al paciente libre de tumor es mejor entre los no fumadores, ya que existen menores posibilidades de recurrencia del mismo tumor y también menor riesgo de desarrollar otro tumor, es decir, un segundo primario. Por ejemplo, en pacientes operados de cáncer de riñón, recaen 25% de los que siguen fumando. En los de cáncer de cabeza y cuello el riesgo de un segundo primario es hasta de 40%.

6. CÁNCER Y TABAQUISMO PASIVO

El humo del tabaco tiene efectos inmediatos y tardíos en quien lo inhala de manera secundaria. Los efectos inmediatos son principalmente consecuencia del monóxido de carbono que aumenta la concentración de carboxihemoglobina en sangre.¹³ En 20 minutos el fumador pasivo incrementa la agregabilidad plaquetaria y el riesgo de infarto cardíaco.¹⁴

El otro elemento importante en la morbilidad y mortalidad a largo plazo es el cáncer, ya que los fumadores pasivos tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer que la población no fumadora y no expuesta al humo del tabaco.

Podríamos decir que el mejor experimento natural para demostrar el daño secundario al tabaquismo pasivo es el que se ha dado en China, país en el que todavía es mínimo el porcentaje de las mujeres que fuman. La mortalidad de las mujeres no fumadoras casadas con fumadores es mayor que la de las casadas con no fumadores. El riesgo de muerte prematura es principalmente consecuencia de problemas cardiovasculares y cáncer.¹⁵

El cáncer que con mayor frecuencia se presenta en fumadores pasivos es el de pulmón, principalmente en cónyuges de fumadores. El cáncer de mama ha sido motivo de controversia, pero hay datos que sugieren que el riesgo aumenta principalmente cuando la mujer se expone al humo del tabaco antes de la pubertad, es decir, varias décadas antes de desarrollar el cáncer.

7. TABAQUISMO, EMBARAZO Y CÁNCER

Cada vez es menor el número de mujeres embarazadas que fuman, sin embargo, todavía en Estados Unidos se reportó que entre 1987 y 1996 cerca de 10% de las mujeres embarazadas fumaban,¹⁶ cifra que se mantenía estable a pesar del descenso progresivo en el número de mujeres fumadoras. Las consecuencias derivadas del tabaquismo para un producto en gestación son principalmente riesgo de parto prematuro, menor peso al nacer, menor desarrollo intelectual, que inclusive se mantiene cuando menos durante la infancia y mayor riesgo de cáncer.

La susceptibilidad de un producto en gestación a los carcinógenos del humo del tabaco es tal que

también experimenta daño cuando la madre no es fumadora y se expone durante el embarazo al tabaquismo pasivo. Al comparar mujeres embarazadas casadas con fumadores o no fumadores, los hijos de padres fumadores tienen durante la infancia y adolescencia mayor riesgo de desarrollar, leucemias, linfomas y tumores del sistema nervioso.¹⁷ Este riesgo es fácil de entender, ya que la susceptibilidad del DNA a ser dañado es mayor entre menor es la edad de la persona. A diferentes grupos de personas expuestas a tabaquismo pasivo en circunstancias diversas (oficinas, escuelas, hogar, restaurantes, etc.) se les determinó en orina la concentración de NNAL, un carcinógeno del tabaco. Se encontró que los recién nacidos tenían los niveles más altos.¹⁸ Estos datos confirman la trascendencia que tiene la total protección que debe existir en la mujer embarazada hacia el humo de tabaco.

CONCLUSIONES

El consumo del tabaco es de las causas conocidas del cáncer, la más importante, ya que es responsable de 90% de los casos de cáncer de pulmón y de 30% de todos los casos de cáncer. El humo del tabaco es cancerígeno tanto en el que lo inhala directamente como en el fumador pasivo; aumentando la susceptibilidad de cáncer entre menor es la edad de la persona. El tabaquismo no sólo causa cáncer, sino que éste, a su vez, se diagnostica en estadios más avanzados que en los pacientes con cáncer que no han fumado; lo que consecuentemente reduce las posibilidades de curación. Nunca es tarde para dejar de fumar; aquellos pacientes con diagnóstico de cáncer que se abstienen de fu-

mar gozan de un mejor pronóstico que los que siguen fumando.

REFERENCIAS

1. Wynder EL, Graham EA. Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor in Bronchogenic Carcinoma. *JAMA* 1950; 143: 329-36.
2. Doll R, Hill B. Smoking and carcinoma of the lung. *BMJ* 1950; 2: 739-48.
3. Hecht SS. Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. *JNCI* 1999; 91(14): 1194-210.
4. Wiencke JK, Thurston SE, Kelsey KT, et al. Early age at smoking initiation and tobacco carcinogen DNA damage in the lung. *JNCI* 1999; 91(7): 614-19.
5. Thorgeirsson TE, Geller F, Sulem P, et al. A variant associated with nicotine dependence, lung cancer and peripheral arterial disease. *Nature* 2008; 452: 638-41.
6. Peto R, Darby S, Deo H, et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000; 321: 323-9.
7. Kenfield SA, Wei EK, Stampfer MJ, et al. Comparison of aspects of smoking among the four histological subtypes of lung cancer. *Tobacco Control* 2008; 17: 198-204.
8. Hoffmann D, Djordjevic MV, Hoffmann I. The changing cigarette. *Preventive Medicine* 1997; 26: 427-34.
9. Kabrinsky NL, Klug MG, Hokanson PJ, et al. Impact of smoking on cancer stage at diagnosis. *JCO* 2003; 21: 907-13.
10. Videtic GMM, Stitt LW, Dar AR, et al. Continued cigarette smoking by patients receiving concurrent chemoradiotherapy for limited stage small cell lung cancer is associated with decreased survival. *JCO* 2003; 21(8): 1544-49.
11. Oh WK, Manola J, Renshaw AA, et al. Smoking and alcohol use may be risk factors for poorer outcome in patients with clear cell renal carcinoma. *Urology* 2000; 55: 31-5.
12. De Jong FA, van der BO JM, Mathijssen RH, et al. Cigarette smoking during irinotecan therapy: effects on pharmacokinetics and neutropenia. *ASCO Procc* 2007 Abstr 2506.
13. Otsuka R, Watanabe H, Hirata K, et al. Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. *JAMA* 2001; 286: 436-41.
14. Law MR, Morris JK, Wald NJ, et al. Environmental tobacco smoke exposure and ischemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997; 315: 973-80.
15. Wen W, Shu XO, Gao Y-T, et al. Environmental tobacco smoke in Chinese women who have never smoked: prospective cohort study. *BMJ* 2006; 333: 376.
16. Ebrahim SH, Floyd RL, Merritt RK, et al. Trends in pregnancy-related smoking in the United States, 1987-1996. *JAMA* 2000; 283: 361-6.
17. Ji BT, Shu XO, Linet MS, et al. Paternal cigarette smoking and the risk of childhood cancer among offspring of nonsmoking mothers. *JNCI* 1997; 89: 238-43.
18. Hecht SH, Carmella SG, Le K-H, et al. 4-(Methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanol and its glucuronides in the urine of infants exposed to environmental tobacco smoke. *CEBP* 2006; 15: 988-9.