

PROGRAMA GENERAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Septiembre 2018

Contenido

Presentación	3
Introducción	5
Marco Legal.....	7
Diagnóstico	19
Objetivo General, Visión de Ciudad y Principios Rectores	97
Matriz de articulación de objetivos estratégicos	100
Sistema de seguimiento y evaluación	124
Glosario	130
Siglas y Acrónimos	132
Anexos	134

PRESENTACIÓN

El Programa General para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2018-2024 (PGAICSP) se enmarca en la recientemente promulgada Constitución Política de la Ciudad de México y es el instrumento de política pública –entendida como el conjunto de actores públicos, privados y sociales que conviven y colaboran entre sí para alcanzar el bienestar común– para atender el problema que representa el consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales, entre la población de la Ciudad de México.

El PGAICSP concreta el mandato de la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Ciudad de México (LAICSP), definido en su Título Segundo como “el conjunto de acciones sistemáticas basadas en la certeza científica, dirigidas a evitar el consumo de sustancias psicoactivas, reducir los factores de riesgo y daños ocasionados que se deriven de su consumo, promoviendo estilos de vida saludables en la población, además de brindar atención y, en su caso, tratamiento de manera oportuna a las personas que lo requieran, proporcionando la rehabilitación adecuada y los medios y alternativas para su integración social”.

En su construcción se tuvo la decidida participación de representantes de instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil que atienden poblaciones vulnerables y conductas de riesgo, incluyendo el consumo de drogas; instituciones académicas y de investigación; así como de expertos de reconocido prestigio, responsables de Centros de Atención de Adicciones que trabajan en nuestra ciudad e integrantes del Consejo Consultivo del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA). Su elaboración estuvo a cargo del IAPA de acuerdo a sus atribuciones.¹

El Programa presenta una visión a mediano plazo que integra las preocupaciones de los actores en el diagnóstico consensuado de los problemas, pone de relieve la realidad a la cual se aspira llegar en materia de atención integral para las personas en el tema de consumo de sustancias psicoactivas a través de un conjunto de objetivos, estrategias y líneas de acción que son fruto del trabajo de las instituciones y organizaciones públicas, privadas y sociales que participaron en el proceso de elaboración.

En cumplimiento a la LAICSP, el PAICSP fomenta la corresponsabilidad social, con la finalidad de incorporar de manera activa a los diversos sectores sociales en la promoción de la salud y los factores de protección, así como en la prevención de los factores de riesgo, para evitar los efectos adversos ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas; induce la acción intersectorial, interinstitucional y comunitaria en aras de atender los diferentes ámbitos de la problemática dada.² Además, responde a un proceso sistemático de investigación, planeación, operación, seguimiento y evaluación, con apego a las disposiciones normativas vinculadas al tema y se conduce “por los principios multidisciplinarios, de

¹ Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Ciudad de México, art. 13.

² Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Ciudad de México, art. 14.

transversalidad y de permanencia, con estricto respeto a los derechos humanos e incorporando la perspectiva de género.”³

El PGAICSP fue presentado y aprobado por el Consejo Directivo del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones, y su ejecución y seguimiento será coordinado por el Consejo Interdependencial encabezado por la Jefatura de Gobierno.

Agradecemos el compromiso de todas y cada una de las personas, instituciones y organizaciones que participaron en la elaboración del PGAICSP y también a las que sumarán esfuerzos y recursos en su ejecución al atender las causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los diferentes grupos de población tomando en cuenta sus características y necesidades.

Confiamos que con el PGAICSP el Gobierno de la Ciudad de México pueda dar una respuesta articulada y eficaz a este problema complejo y que los ciudadanos, particularmente aquellos que son afectados por sus consecuencias puedan ver sus resultados y compromisos como un primer paso hacia la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas.

³ Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Ciudad de México, art. 12, 17.

INTRODUCCIÓN

El Programa General para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2018-2024 nace de un esfuerzo de trabajo interinstitucional, convocado y coordinado por el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México, de conformidad con la *Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Ciudad de México* (LAICSP) formulado en tres etapas. La primera conformada por la consulta a dependencias públicas de los tres órdenes de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, centros de atención de adicciones, instituciones educativas y personas expertas en el tema, en la que se identificaron factores determinantes, propuestas de principios y acciones para atender el problema público, así como la definición de la “Visión de Ciudad” que se busca tener como resultado de la ejecución del Programa. La segunda consistió en análisis de los resultados de la consulta y revisión del marco normativo para la definición de objetivos específicos, estrategias, líneas de acción, responsables y mecanismos de seguimiento. La tercera fue la revisión y aprobación por parte del Consejo Directivo del IAPA.

El PAICSP está integrado por el Marco legal que sustenta su formulación, ejecución y evaluación, el Diagnóstico que describe en términos epidemiológicos y para los diferentes grupos de población la situación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas así como la atención que se le ha dado en los últimos años en la Ciudad, la Visión de Ciudad y Principios resultantes de la consulta, los Objetivos, Estrategias, Líneas de acción, Indicadores y Responsables de su ejecución así como el Sistema para su seguimiento.

Es importante señalar que los objetivos, estrategias, líneas de acción y responsables de la ejecución del PGAICSP se establecieron tomando en cuenta las leyes que de manera directa e indirecta fundamentan su operación en aras de asegurar el cumplimiento cabal de los derechos de las personas dentro del territorio de la Ciudad de México.

Con ello se busca brindar solución a las causas y consecuencias del consumo y abuso de drogas, tanto para las personas como para la sociedad, atendiendo los factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales que favorecen el desarrollo del problema y promoviendo soluciones que implican no sólo la intervención de las instancias que trabajan en el ámbito de las adicciones sino de todas y cada una de las instituciones y organizaciones que trabajan en favor del desarrollo humano.

La finalidad del PGAICSP es promover el desarrollo integral de las personas y su ejecución implica la concreción del enfoque de derechos humanos, en términos de garantizar un continuo de servicios que van desde la promoción de la salud, hasta el tratamiento especializado y la integración comunitaria. Sus resultados dependerán de la participación comprometida y decidida de las instituciones públicas responsables, de las organizaciones sociales y privadas, así como de las comunidades y familias y de todos y cada uno quienes vivimos en esta gran Ciudad.

MARCO LEGAL

El PGAICSP retoma los fundamentos y el espíritu de diferentes instrumentos legales internacionales, nacionales y locales vinculados con el consumo de drogas para sustentar enfoque de derechos humanos, la perspectiva de género, la transversalidad y la competencia de las personas responsables de su ejecución.

Instrumentos legales internacionales

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adicción al consumo de sustancias psicoactivas provoca alteraciones físicas y afectaciones a los procesos cognitivos y afectivos de las personas, por lo que su prevención y atención tienen un vínculo estrecho con el derecho a la protección de la salud, entendido como “la potestad de las personas de gozar de las condiciones necesarias para garantizar su bienestar físico, psíquico y social, y repararlo cuando sea afectado”.

En ese sentido el PGAICSP toma como marco fundamental la Declaración Universal de los Derechos Humanos respecto a que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”⁴ así como que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, mismos que se ejercerán “sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política [...], origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.”⁵

Acorde a lo señalado en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como Protocolo de San Salvador, el PGAICSP reconoce el derecho a la salud, como un bien público que el Estado debe garantizar.⁶

También reconoce que el derecho a la salud “depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados” como lo señala la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que conviene una serie de medidas que el Estado debe implementar a fin de satisfacer plenamente este derecho; así como también atiende lo que la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre pone de relieve sobre las dificultades del Estado y de la sociedad para garantizar el derecho a la salud, sentado así las bases para el planteamiento de esquemas de acción coordinada y conjunta para la intervención.

Por otra parte los convenios y tratados internacionales en materia de control de sustancias psicoactivas, desde la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, la Convención sobre el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, así como el

⁴ Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, art. 25, frac. 1.

⁵ Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, art. 1-2.

⁶ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 10, frac. 2.

Convenio Marco para el Control del Tabaco, la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas, y el Compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas emitido en la ONU en 2016, constituyen referencias importantes en la construcción del PGAICSP.

Si bien es cierto que algunas de estas fuentes normativas establecen un sistema de medidas fiscalizadoras basado en la prohibición de ciertas sustancias que puede generar un proceso de criminalización del acto y de la persona, el PGAICSP no privilegia acciones de tipo punitivo, tampoco exime los comportamientos ilegales o la no aplicación de las sanciones correspondientes. En todo caso, la revisión de estos instrumentos es fundamental al momento de sugerir cambios a la legislación nacional o local vigente que regula la materia, procurando un balance adecuado entre la sanción y el respeto a los derechos de las personas.

A continuación, se relacionan las declaraciones; los tratados, convenios, acuerdos y pactos; las leyes y las normas internacionales más notables que enmarcan al o funcionan como antecedente directo del PGAICSP, así como de sus objetivos, estrategias y líneas de acción.

Tabla 1. Instrumentos legales internacionales que enmarcan al o funcionan como antecedente directo del Programa General para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Ciudad de México 2018-2024

Derecho	Instrumento	Artículo
<i>Derecho a la Salud</i>	Declaración Universal de Derechos Humanos	25.1
	Constitución de la Organización Mundial de la Salud	Preámbulo
	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	12
	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	11
	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. "Protocolo de San Salvador"	10
<i>Derecho a la Igualdad y a la No Discriminación</i>	Declaración Universal de Derechos Humanos	1, 2
	Carta de las Naciones Unidas	1.3, 13.1
	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	2.2, 3
	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	2
	Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica"	24

N/A	Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972	33, 35, 36
	Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas 1971	20, 21, 22
	Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas 1988	3.1
	Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas 1998	
	Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco 2005	
	Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol 2010	
	Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas Celebrado en 2016” Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”	

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de los instrumentos citados.

Instrumentos legales nacionales y locales

En México, el derecho a la protección de la salud se deposita en el párrafo cuarto del artículo cuarto constitucional, donde se establece que “[t]oda persona tiene derecho a la protección de la salud” y que “[l]a Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.”⁷ Para algunos, la interpretación apunta a una capacidad de los poderes públicos para generar condiciones necesarias que permitan el acceso a la atención, mientras que, para otros, refiere a la obligación del Estado de asegurar la asistencia médica una vez que sea necesaria. En cualquier caso, el objetivo de la protección de la salud es el mismo, a saber, la búsqueda del bienestar físico y mental para lograr el ejercicio pleno de las capacidades propias como persona y el mejoramiento general de la calidad de vida. Así, la norma suprema mexicana ofrece un marco que, si bien con una apariencia abierta, responde a la concepción de que el resguardo a la salud es un derecho de primer orden y apunta al Estado como principal garante.

La Ley General de Salud (LGS) profundiza el derecho a la protección de la salud e indica diversos ámbitos de intervención por parte del Sistema Nacional de Salud, entre los cuales destacan la organización, el control y la vigilancia de la prestación de servicios; la atención médica, preferentemente a grupos vulnerables de la

⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, art. 4.

población; la salud mental; y los programas contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia.⁸ Al respecto, cabe apuntar, primero, que la Ley percibe el cumplimiento del derecho en comento como una labor multisectorial, que engloba a los diferentes actores de la sociedad mexicana, al observar que el mencionado Sistema Nacional de Salud “está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones”.⁹ Así, se establece por ley la necesidad de participar de manera intersectorial e interinstitucional para dar cabal cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

El segundo punto por destacar de la citada Ley General de Salud es el reconocimiento del consumo de sustancias psicoactivas como un problema que afecta la salud mental de las personas y que, por tanto, requiere atención para garantizar su derecho pleno a la salud. Para ello, se determina que la actuación debe encaminarse hacia el tratamiento de personas con padecimientos mentales, como a la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, además del desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, sobre todo de niños y jóvenes, y de la realización de programas para la prevención del uso de sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia.¹⁰

Adicionalmente, la Ley General de Salud contempla como materia de salubridad general el Programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo de alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo, así como la protección de la salud de terceros y de la sociedad frente al uso nocivo del alcohol; el Programa contra el tabaquismo; así como la prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el Programa contra la farmacodependencia. Dichos programas deberán contemplar la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas a través de acciones que atiendan las causas que lo originan.

En este sentido, la Ley fomenta un entendimiento multifactorial del problema, considerando a las personas con consumo de sustancias psicoactivas como un paciente y, más aún, un sujeto de derechos, dando cabida a otros ordenamientos normativos nacionales como son la Ley de Asistencia Social que contempla a las personas que padecen alcoholismo o farmacodependencia como sujetos de asistencia social preferente; la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la discriminación que considera como una forma de discriminación el estigmatizar o negar derechos a personas que padecen adicciones; la Ley General de Educación que establece como uno de los fines de la educación impartida por el Estado el desarrollo de actitudes solidarias en los individuos y creación de conciencia sobre la preservación de la salud y propiciar el rechazo a los vicios y adicciones; la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que señala, en el marco del Derecho a la Protección de Salud y a la Seguridad Social, el establecimiento de

⁸ Ley General de Salud, art. 3.

⁹ Ley General de Salud, art. 5.

¹⁰ Ley General de Salud, art. 73, 74.

medidas tendientes a la prevención, atención, combate y rehabilitación de los problemas de la salud pública causados por las adicciones; la Ley General para el Control del Tabaco que regula el control sanitario de los productos del tabaco, así como su importación y la protección contra la exposición al humo de tabaco, contemplando la ejecución y evaluación del Programa contra el Tabaquismo que considerará, entre otras acciones, el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación del tabaquismo y padecimientos originados por él.

Además, se cuenta con la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones que tiene como objeto establecer los procedimientos y criterios para atención integral de las adicciones, dirigida a los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y a los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción de daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de adicciones.

En el ámbito local se cuenta con un nutrido marco legal relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas.

La Constitución Política de la Ciudad de México establece, en el marco del derecho a la salud, que las autoridades de la Ciudad asegurarán la existencia de entornos saludables y seguros, espacios públicos, actividades sociales, culturales y deportivas que mejoren la calidad de vida y la convivencia, propicien modos de vida saludables, desincentiven las violencias, las adicciones y las prácticas sedentarias.

El fundamento legal más directo del PGAICSP es la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal (LAICSP). El artículo 13 de este ordenamiento establece que “el Programa General será elaborado por el Instituto, en colaboración con instancias y organizaciones relacionadas con la materia objeto de la presente”. En general, “fomentará la corresponsabilidad social, con la finalidad de incorporar de manera activa a los diversos sectores sociales en la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo, como lineamientos para evitar los efectos adversos ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas”; esto es, inducirá la acción intersectorial, interinstitucional y comunitaria en aras de atender los diferentes ámbitos de la problemática dada.¹¹ Por demás, la ley dispone que las personas usuarias de servicios accederán voluntariamente a medidas de detección, prevención, tratamiento y rehabilitación, de forma oportuna, eficiente y con calidad, facilitadas por el Gobierno, las Delegaciones y el IAPA, en conjunto con mecanismos de participación social y comunitaria.

La Ley de Salud considera como servicio básico de salud a la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, contemplando el desarrollo de programas contra el tabaquismo y de protección a la salud de los no fumadores; de salud contra el alcoholismo, y de salud contra las adicciones y la farmacodependencia, otorgándoles carácter prioritario y definiendo acciones específicas en la materia.

Por su parte la Ley de Salud Mental establece como derecho de las personas usuarias de los servicios de salud mental, incluyendo a los pacientes reclusos en

¹¹ Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Ciudad de México, art. 14.

establecimientos especializados en adicciones, solicitar un diagnóstico diferencial y recibir atención especializada.

La Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores que tiene por objeto proteger la salud de la población de los efectos nocivos por inhalar humo de tabaco, define acciones para reducir el consumo de tabaco y prevenir la exposición al humo.

Otras leyes que se dirigen a grupos específicos de personas tales como la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que establece que dicha población tiene derecho a disfrutar del más alto nivel de salud, señalando la coordinación de autoridades y los órganos político administrativos a fin de establecer medidas tendientes a la prevención, atención y rehabilitación en las situaciones ocasionadas por el uso problemático de drogas; la Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes que señala que las personas jóvenes tienen derecho a vivir y desarrollarse en un ambiente sano y libre de drogas, aquellas personas que consuman estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras que produzcan adicción tienen derecho a recibir servicios de atención para la prevención, educación, reducción de daños, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; la Ley de Centros de Reclusión en la que se establece la obligación de contar con un programa para el tratamiento integral de las personas privadas de la libertad con problemas de adicción, dicho programa será permanente y voluntario; la Ley de Justicia para Adolescentes que contempla la implementación de Programas de orientación y tratamiento en caso de alcoholismo o drogadicción para los adolescentes que hayan cometido algún delito.

Si bien es cierto que otras leyes de la Ciudad de México que rigen la atención a poblaciones vulnerables como son las personas indígenas, personas con discapacidad, personas adultas mayores, poblaciones callejeras o población LGBTTTI, no establecen disposiciones específicas para la prevención y atención de las adicciones, si establecen la garantía del derecho a la protección de su salud, lo que obliga a las autoridades, así como a los sectores social y privado a ofrecer un marco de acción en este tema.

Se cuenta con algunas leyes relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en diferentes ámbitos. En el ámbito comunitario La Ley de Participación Ciudadana contempla la elección de un Comité Ciudadano que contará con una Coordinación de Desarrollo Social y Educación y Prevención de las Adicciones la cual detectará las necesidades en materia de prevención de adicciones y coadyuvará con las autoridades de la administración pública para promover los programas de prevención de adicciones; la Ley de Educación Física y Deporte del Distrito Federal consigna que el Sistema de Cultura Física y Deporte del Distrito Federal, en conjunto con los Órganos Político-Administrativos de cada una de las Demarcaciones Territoriales de la Ciudad de México, impulsará aquellos principios encaminados a prevenir las adicciones¹², siendo el deporte un factor inhibitor en el consumo de las sustancias psicoactivas.

Por otra parte en el ámbito educativo la Ley de Educación establece que uno de los objetivos de la educación impartida por el Gobierno de la Ciudad es el de prevenir y combatir la drogadicción, el alcoholismo y el tabaquismo que afectan la salud física y mental del individuo y que dañen las estructuras sociales, adicionalmente en la

¹² Ley de Educación Física y Deporte del Distrito Federal, art. 17, fracción IX

Ley para la Promoción de la Convivencia Libre de Violencia en el Entorno Escolar contempla la implementación de campañas que disminuyan la venta de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas en el entorno de las instituciones educativas, así como el consumo en estudiantes, personal docente, directivos, personal administrativo de escuelas, madres y padres de familia o tutores¹³.

Algunos otros ordenamientos se centran en establecer medidas de control relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas tales como la Ley de Cultura Cívica en la que se considera infracción contra la seguridad ciudadana el consumo de sustancias psicoactivas en lugares públicos; la Ley de Establecimientos Mercantiles la cual establece diferentes disposiciones que deben atender los titulares de los establecimientos mercantiles respecto de diferentes aspectos de la venta de algunas sustancias psicoactivas tales como los horarios y restricciones de venta, así como la ubicación de los establecimientos; la Ley de Movilidad que establece una serie de sanciones escalonadas para aquellas personas que conduzcan vehículos automotores en estado de ebriedad o bajo el influjo de alguna sustancia psicoactiva; la Ley para la Celebración de Espectáculos Públicos que establece restricciones para la venta de bebidas alcohólicas y artículos de tabaquería en espectáculos públicos; la Ley para Prevenir la Violencia en los Espectáculos Deportivos que establece medidas para la venta de bebidas alcohólicas y prohíbe la entrada en estado de ebriedad a espectáculos deportivos. En estos casos, la atención radica en el control de la disponibilidad de las sustancias, el consumo y las consecuencias derivadas de éste, adjudicando la responsabilidad de la aplicación y del reforzamiento de la norma a las autoridades del gobierno de la Ciudad y de sus Delegaciones (próximamente Alcaldías).

Como ya se mencionó anteriormente, el PGAICSP se plantea sobre un trasfondo de apego al derecho a la igualdad y a la no discriminación, de modo que instrumentos como la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal y la Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en el Distrito Federal constituyen un fundamento transversal de primer orden. Al respecto, las citadas leyes tienen por objeto: el primero establecer los principios para el reconocimiento, promoción y protección del derecho a la igualdad y la no discriminación y el segundo regular, proteger y garantizar el cumplimiento de las obligaciones en materia de igualdad sustantiva entre hombre y mujer, mediante la eliminación de todas las formas de discriminación posible contra ésta en los ámbitos público y privado; así como el establecimiento de acciones afirmativas a su favor y de mecanismos que establezcan criterios y orienten a las autoridades competentes de la Ciudad de México en su cumplimiento. De esta manera, los objetivos, estrategias y líneas de acción del PGAICSP deben desarrollarse a partir de un enfoque de no discriminación y una perspectiva de género, por lo que esta legislación en especial es referente obligatorio para asegurar el cumplimiento del derecho a la salud.

En la siguiente Tabla se relacionan el marco legal nacional y local que sustenta de manera más directa el PGAICSP.

¹³ Ley para la Promoción de la Convivencia Libre de Violencia en el Entorno Escolar, Artículos 6 y 7.

Tabla 2. Instrumentos legales nacionales y locales que enmarcan al o fungen como antecedente directo del Programa General para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas de la Ciudad de México 2018-2024

Jurisdicción	Instrumento
<i>Nacional</i>	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
	Ley General de Salud
	Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
	Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
	Ley General de Educación
	Ley General para el Control del Tabaco
	Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
	Ley de Asistencia Social
	Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones
<i>Local</i>	Constitución Política de la Ciudad de México
	Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas de la CDMX
	Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal
	Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal
	Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México
	Ley de los Derechos de las Personas Jóvenes en la Ciudad de México
	Ley de Educación del Distrito Federal
	Ley para la Promoción de la Convivencia Libre de Violencia en el Entorno Escolar del Distrito Federal
	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de la Ciudad de México.
	Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México
	Ley de Ejecución de Sanciones Penales y Reinserción Social para el Distrito Federal
	Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en el Distrito Federal
	Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación del Distrito Federal
	Ley de Educación Física y Deporte del Distrito Federal
	Ley de Participación Ciudadana del Distrito Federal
	Ley de Fomento Cultural del Distrito Federal
	Ley de Centros de Reclusión del Distrito Federal
	Ley de Establecimientos Mercantiles del Distrito Federal
	Ley de Justicia para Adolescentes para el Distrito Federal
	Ley de Salud del Distrito Federal
	Ley de Salud Mental del Distrito Federal
	Ley de Movilidad del Distrito Federal
	Ley para la Celebración de Espectáculos Públicos en el Distrito Federal
	Ley para Prevenir la Violencia en los Espectáculos Deportivos en el Distrito Federal

Fuente: Elaboración propia con base en la revisión de los instrumentos citados.

Es importante señalar que en la elaboración del Programa General, se atendieron los principios de actuación del Gobierno estipulados en el Artículo 8 de la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Distrito Federal, mismos que deberán aplicarse en su ejecución, los cuales establecen:

- I. La prevalencia del interés general de la sociedad en el diseño de las políticas públicas de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas;
- II. La prevención y disminución de los factores de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas como eje rector de la política;
- III. La identificación, prevención y atención de las causas que generan el consumo de sustancias psicoactivas para su eliminación dentro del ámbito de competencias;
- IV. El enfoque transversal de las políticas y acciones para la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas;
- V. La promoción y respeto de los derechos humanos en la prestación de servicios, diseño y aplicación de políticas que se deriven de la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, reconociendo a las personas como sujetos de derechos;
- VI. La incorporación de la perspectiva de género en el diseño y aplicación, reconociendo las necesidades diferenciadas entre mujeres y hombres;
- VII. La atención especial de la población infantil y juvenil en el diseño de acciones para la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, identificados como grupos de riesgo;
- VIII. La educación como mecanismo para fortalecer la responsabilidad individual y social en la construcción y pertenencia de una cultura de prevención del consumo de sustancias psicoactivas;
- IX. La coordinación con las autoridades respectivas de la Administración Pública Federal y la concertación de acciones con los sectores social y privado, para el diseño y aplicación de programas y acciones;
- X. La actuación coordinada de la Administración Pública del Distrito Federal, a través de la incorporación de acciones específicas complementarias en los programas educativos, sociales, culturales y de desarrollo a cargo de las diferentes dependencias, entidades y órganos que la conforman;
- XI. La cobertura universal y equitativa de los servicios para las personas que habitan y transitan el Distrito Federal, considerando las necesidades generales y particulares de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas;
- XII. La prestación integral de los servicios, que contempla desde las acciones de prevención hasta la integración comunitaria de las personas usuarias del servicio;
- XIII. El respeto al consentimiento informado de las personas usuarias de los servicios, que implica otorgamiento de información suficiente respecto de los procedimientos a emplear y los riesgos que involucran;
- XIV. La reserva de identidad y protección de datos personales de las personas usuarias de los servicios contemplados en la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, y
- XV. La participación social en las acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

En resumen, el PGAICSP se enmarca en la recientemente promulgada Constitución Política de la Ciudad de México, considera, atiende y respeta las diversas disposiciones, leyes, programas y planes internacionales, nacionales y locales.

DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

El consumo problemático y la adicción a sustancias psicoactivas es un problema de salud pública complejo y multifactorial, condicionado por factores de carácter individual, social y económico, con origen y dimensiones nacional y local y que tiene efectos a nivel individual, en el entorno inmediato y en la comunidad y que de manera fundamental, compromete la salud y el bienestar social de la población.

En estos ámbitos, el impacto se observa en términos de discapacidad, discriminación, morbilidad, mortalidad y otros costos sociales. Por ello y sin dejar de reconocer la importancia clave del marco multifactorial que caracteriza la compleja realidad asociada al consumo de drogas, los problemas y los daños evitables relacionados constituyen uno de los principales problemas planteados en el ámbito de la salud pública.

En la Ciudad de México se conjuntan una serie de factores de riesgo para la expansión del consumo: disponibilidad creciente de diferentes sustancias; un mercado atractivo para la venta que se expresa en una amplia población con capacidad de compra; población joven con factores de vulnerabilidad, medios con tolerancia y normalización del consumo, reducción de percepción de riesgo, violencia y dificultad para acceder a alternativas de desarrollo, entre otras. Es por ello especialmente importante mantener un continuo monitoreo.

Se dispone de estudios epidemiológicos y de otro tipo, que permiten conocer datos fiables y actualizados sobre las tendencias de consumo, actitudes de la población, perfil de los consumidores, que resultan imprescindibles para informar y orientar adecuadamente la toma de decisiones en materia de adicciones.

Los resultados de las encuestas y estudios realizados han mostrado que, en el caso específico de la Ciudad de México el uso de drogas ha aumentado, y junto con ello la proporción de personas que se ven afectadas por el problema y cuyo panorama se describe para la población en general y para grupos específicos de población que presentan factores de riesgos adicionales.

Análisis comparativo general de consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad de México 2011 y 2016

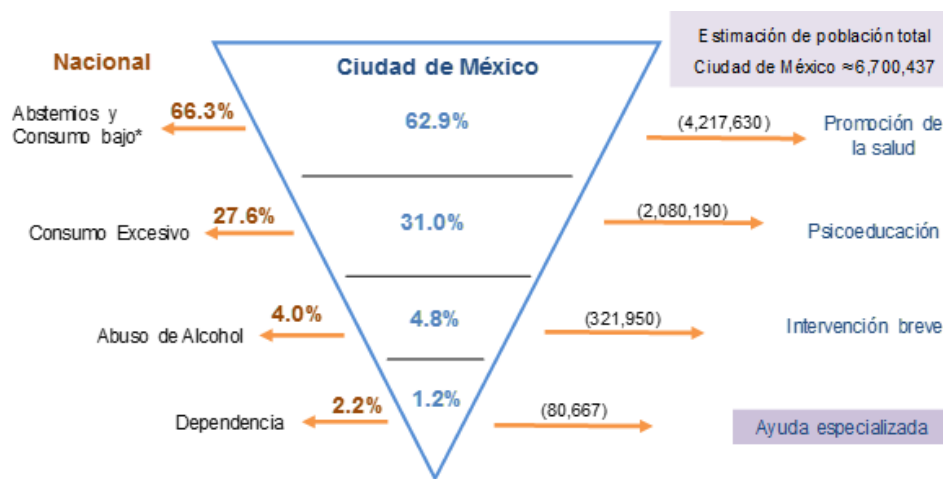
Este análisis comparativo en población general identifica las magnitudes y patrones de consumo de las diferentes sustancias tanto legales como ilegales de acuerdo con las Encuestas Nacionales más recientes, levantadas en hogares, así como su tendencia. Es importante señalar que en la comparación entre prevalencias, cuando se afirmó la existencia de un aumento, disminución o si se mantenía constante el indicador, se aplicó el “criterio estadístico” consistente en comparar las mismas mediante intervalos de confianza al 95%.

Consumo excesivo de alcohol de la CDMX en el contexto nacional

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016), reveló que el consumo excesivo de alcohol (Consumo de 5 copas estándar¹⁴ por ocasión en hombres o 4 copas estándar por ocasión en mujeres) en el último año en la CDMX, registró una prevalencia de 37.0%, colocándola por arriba del promedio del consumo nacional (33.6%) y en el lugar número 8 entre las entidades del país; mientras que el consumo excesivo en el último mes aumentó en el periodo 2011-2016, registrando una prevalencia de 18.5%, por debajo de la media nacional (19.8%), ubicándose la CDMX en el lugar número 21 entre los Estados del país (véase Anexo 1, Tabla 1).

Se realizó un proceso de ajuste para estimar la distribución por necesidades de atención por consumo de alcohol, por lo que los datos referidos no necesariamente son iguales, es por ello que en la CDMX, casi 63.0% refirió ser abstemio o tener un consumo bajo, 31.0% consumo excesivo, 4.8% con abuso y 1.2% con dependencia entre estos, 9.4% acudió a tratamiento (Figura 1).

Figura 1. Necesidades de atención por el consumo de alcohol (12-65 años), CDMX 2016.



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Patrón de consumo excesivo de alcohol según sexo

El consumo excesivo de alcohol en el último año de la población masculina no ha presentado cambios durante el periodo 2011-2016, se reporta una prevalencia de 46.2%, sin embargo, el consumo reportado para el último mes aumentó en el mismo periodo, registrando una prevalencia de 26.1%. En resumen podemos decir que, casi la mitad de la población masculina tuvo un consumo excesivo en el último año, y una cuarta parte consumió de manera excesiva en el último mes.

En cambio, durante el mismo periodo la población femenina no presentó cambios en la prevalencia de consumo y tiene menor participación en el consumo excesivo tanto en el último año, que fue de 28.5%, como en el último mes: 11.6%.

¹⁴ El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. Una copa estándar de cualquier bebida contiene 12 g de alcohol.

En cuanto a la edad de inicio de consumo de alcohol en la CDMX, los hombres empiezan a los 16.4 años, mientras que las mujeres a los 19 años, es decir, dos años y siete meses después que los hombres.

En conclusión, es claro que para el patrón de consumo excesivo en la CDMX, la mayor contribución de la prevalencia es por parte de los hombres, es decir, de los 37 consumidores excesivos en el último año que se registraron: 23 serían hombres y 14 mujeres; entretanto en el consumo excesivo del último mes, de los casi 19 consumidores: serían 13 hombres y 6 mujeres.

El consumo de tabaco de la CDMX en el contexto nacional

En el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) propuesto por la Organización Mundial de Salud y en el que México se integró a partir del 12 de agosto de 2003, se establecen diversas estrategias para controlar y medir la epidemia del tabaquismo a nivel mundial, por esta razón, la medición principal sobre consumo de tabaco en ENCODAT 2016 ya no es la categoría último año, sino el consumo actual que refiere a los últimos 30 días.

Los resultados de la ENCODAT 2016, precisaron que el consumo de tabaco actual en la CDMX registró una prevalencia de 27.8%, cifra que es mayor al promedio del consumo nacional (17.6%), colocando a la CDMX en primer lugar entre las entidades del país.

Patrón de consumo actual de tabaco según sexo

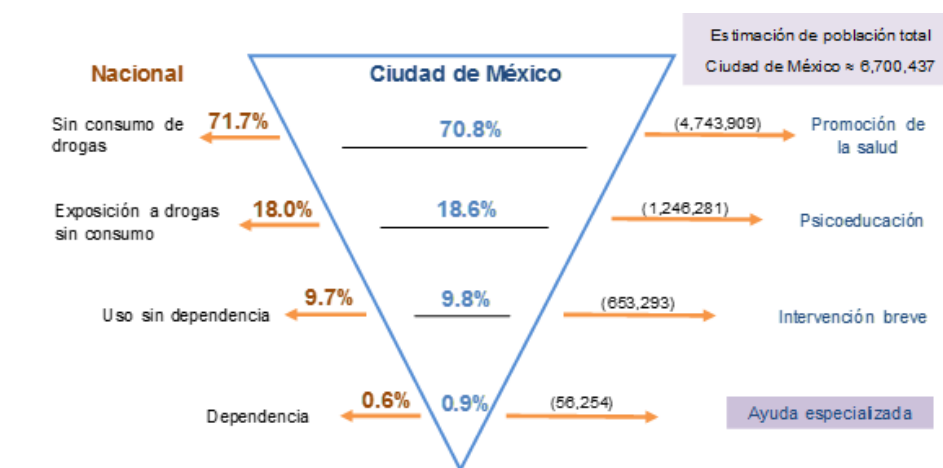
El consumo actual de tabaco en hombres durante el periodo 2011-2016 se mantuvo sin cambio, registrando una prevalencia de 37.8% y edad promedio de inicio de consumo de 18.7 años, entretanto, el consumo en población femenina en el mismo periodo, se mantuvo también constante, con una prevalencia de 18.7% con edad promedio de inicio de consumo de 21.2 años, estas cifras e indicadores muestran claramente que el consumo de tabaco es diferente según el sexo, primero, la relación de fumadores es de dos hombres por una mujer, segundo, las mujeres retardan el inicio de consumo, en este caso dos años y medio después que los hombres.

El consumo de cualquier droga de la CDMX en el contexto nacional

La categoría consumo de cualquier droga en el último año, contempla tanto a las drogas ilegales como medicamentos sin prescripción médica, uso de disolventes, marihuana, cocaína y otras. También es importante señalar que estas categorías denominadas consumo de drogas (general y específica), debido a la reducida muestra y la baja prevalencia del consumo, se deben interpretar con suma responsabilidad y precaución, ya que presentan variaciones propias de los universos pequeños que se ven reflejados en amplios intervalos de confianza. Los resultados de la ENCODAT 2016, muestran que el consumo de cualquier droga en el último año en la CDMX se mantuvo constante de 2011 a 2016, registrando una prevalencia de 2.9%, cifra igual a la que se registró a nivel nacional, colocando a la CDMX en el lugar número 19 en el país.

En cuanto a necesidades de atención por consumo de drogas¹⁵, el 70.8% contestó no haber consumido drogas, 18.6% haber estado expuesto a las drogas, pero sin consumo de ésta, 9.8% con uso de drogas, pero sin dependencia y 0.9% con dependencia de los cuales el 11.6% acudió a tratamiento (Figura 2).

Figura 2. Necesidades de atención por el consumo de drogas (12-65 años), CDMX 2016.



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Patrón de consumo de cualquier droga en el último año según sexo

Tanto para hombres como para mujeres, la prevalencia de consumo de cualquier droga en el último año, se mantiene sin cambio durante el periodo de 2011 a 2016, sin embargo, el consumo según sexo es diferenciado, es decir, mientras que los hombres consumieron casi 5% (4.9%), las mujeres lo hicieron el 1.3%, así también el inicio de consumo de cualquier droga, mientras que hombres inician a los 18 años, las mujeres lo hacen un año y un mes después, es decir, a los 19.1 años.

Patrón de consumo de drogas ilegales en el último año según sexo

En este rubro, sí hay tendencia al aumento en el consumo realizado por los hombres, pasando de 2.6% en 2011 a 4.7% en 2016, este hecho relacionado con el indicador anterior nos permite entender, que el consumo de cualquier droga y consumo de droga ilegal es prácticamente la misma medición, en otras palabras, los hombres enfocan su consumo principalmente en drogas ilegales (4.7 / 4.9 = 96%).

Mientras que las mujeres mantuvieron el consumo de drogas ilegales sin cambio durante el periodo 2011-2016, registrando una prevalencia de menos del 1% (0.9%), comparando con el patrón de consumo de cualquier droga (1.3%), se interpreta que ellas diversifican su consumo a drogas médicas no prescritas.

En resumen, los consumos según el sexo son diferenciados: 1) Por la cantidad (mayor prevalencia de hombres que mujeres); y 2) Por la variedad (hombres

¹⁵ Para esta estimación se realizó un proceso semejante de ajuste al mencionado en el caso de consumo de alcohol, por esta misma razón las cifras porcentuales no necesariamente coinciden.

consumen principalmente drogas ilegales, mientras que las mujeres diversifican su consumo).

El consumo de marihuana y cocaína de la CDMX en el contexto nacional

Los resultados de la ENCODAT 2016, identificaron que la marihuana es la principal droga ilegal de consumo en el último año en la CDMX, se mantuvo constante de 2011 a 2016, registrando una prevalencia de 2.5%, resultando semejante que a nivel nacional (2.1%), colocando a la CDMX en el lugar número 11 entre las entidades del país.

La prevalencia de consumo de cocaína en el último año registrada en la ENCODAT 2016 fue de 0.6%, mientras que en el país se encontró la prevalencia de 0.8%, ubicando a la CDMX en el lugar número 20 entre los Estados del país.¹⁶

Patrón de consumo de marihuana y cocaína en el último año según sexo

En cuanto al consumo de marihuana en el último año, se puede observar que las preferencias de consumo según el sexo son muy semejantes a las prevalencias del consumo de todas las drogas ilegales, interpretándose que el consumo de marihuana presenta una alta preferencia, tanto en hombres con el 91.5% (marihuana 4.3%, drogas ilegales 4.7%) como en mujeres el 100% (marihuana 0.9%, drogas ilegales 0.9%), sin embargo, el consumo de marihuana sigue mostrando diferencias por sexo, es decir, que los hombres la han consumido notablemente mucho más que las mujeres.

En cuanto al consumo de cocaína en el último año que reporta la ENCODAT 2016, presenta prevalencias pequeñas, mientras que para hombres fue de 1.3%, para mujeres la estimación fue menos del 0.1%, evidenciando que la muestra reducida y la baja prevalencia, no hace posible la generación de intervalos confiables, así como su interpretación, sin embargo, lo rescatable de este consumo es la consistencia en cuanto al mayor volumen de consumo de cocaína por parte de la población masculina en comparación con la femenina.

Consumo de otras drogas en el último año

Finalmente, en los resultados de la ENCODAT 2016, el consumo de otras drogas después de marihuana y cocaína, que reportaron prevalencias menores del 0.5%, en orden de importancia fueron: tranquilizantes, inhalables, estimulantes de tipo anfetaminas, anfetaminas, crack, alucinógenos, sedantes y heroína u opio, con preferencia de consumo por parte de la población masculina.

Consumo de sustancias psicoactivas entre grupos de población vulnerables

Es importante destacar que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no necesariamente comienzan a usarlas ni llegan a generar una adicción, este comportamiento varía entre las sustancias dependiendo de múltiples condiciones como disponibilidad, aceptación social, estatus legal, entre otras, es por ello que se debe considerar que lo que constituye una condición de riesgo para una persona, puede no serlo para otra, por lo que una meta importante

¹⁶ Cuando la muestra es pequeña y las prevalencias menores al 1% se vuelven muy sensibles ya que un incremento o decremento en la población que consume puede causar que el indicador porcentual cambie de una manera drástica, lo que puede traducirse en una interpretación que no es útil en la práctica. Escenarios como el anterior o alguno en el que incluso el intervalo de confianza incluya el cero (la no existencia de consumidores) se relacionan con lo que llamamos el efecto de la muestra (ver Glosario).

de la prevención es cambiar el balance entre el riesgo y la protección de manera que las condiciones de protección excedan a las de riesgo.

En el marco de la Norma Oficial Mexicana. NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y considerando los ejes transversales de perspectiva de género, enfoque intercultural y el respeto a los derechos humanos, la prevención y atención de las adicciones a sustancias psicoactivas requiere incluir acciones integrales, ya que no únicamente representa un problema de salud pública, sino que tiene connotaciones no solamente para quién las consume sino también para la sociedad ya que afecta diversos contextos como el comunitario, escolar, laboral y familiar.

En las evaluaciones que se realizan en términos de costo - beneficio, se menciona que los programas de prevención y de atención de las adicciones deben ser dirigidos a las poblaciones que presentan mayores niveles de vulnerabilidad, ya que de esta manera se incide directamente con la población que presenta mayor probabilidad de iniciar o mantener el consumo de sustancias.

Por lo anterior, resulta necesario señalar que la vulnerabilidad *implica aquellos factores personales o medio ambientales que aumentan los efectos negativos de una condición de riesgo*¹⁷, la vulnerabilidad se asocia al riesgo y puede ser modificada a través del reacomodo de las condiciones de riesgo y protección existentes en una población determinada.

Diversos autores han presentado evidencia científica o empírica logrando identificar características, condiciones o situaciones asociadas al consumo de sustancias, que incrementan la vulnerabilidad de las personas, cuando se identifican a través de investigaciones en las que se realiza un análisis estadístico, que logra establecer correlaciones entre estos factores y el consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, aunque algunos de estos factores se encuentran presentes en la mayoría de la población, presentan la desventaja de que no siempre es posible intervenir directamente sobre ellos, asimismo, algunas poblaciones presentan dificultades para identificar factores específicos de riesgo, debido a dificultades de tipo metodológico que presentan a partir de sus características (por ejemplo: localización geográfica, distribución poblacional, manifestaciones culturales, el formar parte de grupos sociales conocidos como minorías, etcétera), situaciones que complican la realización de estudios con representación estadística, siendo los estudios cualitativos y la evidencia empírica la principal fuente de información para aproximarse a dimensionar sus características. Es por ello que para este diagnóstico en algunas poblaciones, no se encontraron datos epidemiológicos disponibles.

Los factores de riesgo y vulnerabilidad son circunstancias socioculturales y características individuales, que en conjunción, en un momento determinado, incrementan la vulnerabilidad de las personas favoreciendo que se pueda dar un

¹⁷ Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cinccheti & D. Cohen (eds.), Development Psychopatology. Vol. Three: Risk, disorder and adaptation. (pp.739-795). Nueva York: JohnWiley & Sons, Inc.

consumo abusivo y problemático. En el Anexo 2 se presentan los factores de riesgo y protección definidos por Comisión Nacional contra las Adicciones como referencia.

Los grupos vulnerables al consumo de sustancias psicoactivas son aquellos grupos en los que confluyen determinadas características personales y sociales que incrementan la probabilidad de implicarse en usos problemáticos de drogas. Entre estos grupos vulnerables se encuentran los adolescentes y jóvenes en edad escolar, las mujeres, las personas con discapacidad, las personas en conflicto con la ley, las personas en situación de calle y las personas indígenas, principalmente.

Este diagnóstico toma en consideración la complejidad y diversidad de las prácticas de uso de drogas, así como la diversidad de las y los actores implicados. En tal sentido, se considera la heterogeneidad de cada grupo de población y se toman en cuenta las múltiples formas de discriminación que pueden enfrentar. Estas diferencias implican experiencias distintas en relación con las drogas y definen al mismo tiempo diversas situaciones en cuanto al acceso y disfrute de sus derechos humanos.

Estas poblaciones presentan mayor vulnerabilidad por las situaciones socioculturales y los entornos sociales en los que se desarrollan: entornos de alto riesgo (zonas de alto consumo de drogas, delincuencia, desarraigo social, marginación, altos índices de delincuencia, entre otros); familias multiproblemáticas; en conflictos sociales severos o excluidos socialmente; personas implicadas en actividades delictivas, con causas judiciales en curso o cumpliendo algún tipo de medida penal; con problemas de integración social (en situación de calle); indígenas en situación de desprotección.

Mayor vulnerabilidad por su particular riesgo personal, determinado por su historia de inadaptación y fracaso escolar, hijos de personas consumidoras de drogas, menores en fase de experimentación temprana con drogas, personas con problemas emocionales y/o trastornos mentales, entre otros.

La revisión de las prevalencias del uso de drogas, alcohol y tabaco y sus tendencias en el consumo en estos grupos particulares, brindará elementos clave para conocer la información actual acerca de las distintas áreas de vulnerabilidad, las diferentes formas de medir y cuantificar los grupos sociales potencialmente expuestos y proponer acciones en beneficio de ellos.

Poblaciones vulnerables: Adolescentes y jóvenes

Es necesario destacar la importancia de conocer y entender por qué este grupo de población es más propenso al consumo, así como los graves riesgos que conlleva, para ayudar en la elaboración de estrategias y en la toma de decisiones que permitan prevenir y actuar ante situaciones de consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia y juventud e incluso en la infancia.

Existe información epidemiológica para sostener que los adolescentes y jóvenes en edad escolar son los más vulnerables al consumo de sustancias legales, ilegales y drogas médicas.

Análisis comparativo de consumo de sustancias en estudiantes 2012 y 2014

El presente análisis comparativo en estudiantes de nivel secundaria y bachillerato tiene como objeto identificar las magnitudes y patrones de consumo de las diferentes sustancias tanto legales como ilegales de acuerdo con las Encuestas de Estudiantes¹⁸ más recientes.

Patrón de consumo de alcohol por nivel escolar

El consumo de alcohol en estudiantes de secundaria durante el periodo 2012-2014, no ha presentado cambios, en específico en la categoría del último año, la han consumido uno de cada tres estudiantes (32.3%), en el consumo del último mes la tendencia se redujo estadísticamente pasando de consumir 27 de cada 100 a 24 de cada 100 estudiantes.

En términos generales la tendencia decreciente del consumo de alcohol de estudiantes de bachillerato es similar a la de secundaria del año 2012 a 2014 en la categoría de consumo en el último año, siendo el consumo de dos de cada tres estudiantes (66%), mientras que en el último mes se observó una reducción significativa en el consumo pasando de casi 57 de cada 100 estudiantes a 53 de cada 100.

Se estima que la edad de inicio de consumo de alcohol en escolares (secundaria y bachillerato) es de 13 años.

Por último, es claro que en bachillerato el consumo de alcohol es más alto comparado con el nivel de secundaria, en términos generales al menos se duplica el consumo al pasar de la secundaria al bachillerato, situación que alerta las acciones de prevención (véase Anexo 1, Tablas 2 y 3).

Consumo de tabaco por nivel escolar

El consumo de tabaco a nivel educativo de secundaria y bachillerato se ha mantenido constante estadísticamente durante el periodo 2012-2014. En nivel de secundaria, la prevalencia de consumo de tabaco el último año en 2014 fue 12.8%, mientras que durante el último mes en 2014 fue 8.0%.

El consumo de tabaco presenta un fenómeno semejante al consumo de alcohol como patrón de consumo entre los niveles escolares de secundaria y bachillerato, es decir, que a nivel bachillerato tampoco se han observado cambios significativos, se ha mantenido constante su consumo de 2012 a 2014, sin embargo, si es estadísticamente significativo que el consumo de tabaco es muy superior respecto al nivel de secundaria. Se estima que la edad de inicio de consumo de tabaco en escolares (secundaria y bachillerato) es de 13 años y tres meses.

Como se mencionó, en términos generales el consumo de tabaco de estudiantes de bachillerato se mantiene constante del año 2012 a 2014, sin embargo, su interpretación bajo dos escenarios nos da una idea clara sobre su consumo, en el último año al menos dos de cada cinco (40%) lo hicieron, mientras que en el último mes el consumo de tabaco fue de poco más de una cuarta parte (25%) de los estudiantes.

¹⁸ Villatoro J. Encuesta de consumo de Estudiantes en la Ciudad de México 2012 (ENCODE 2012) y Villatoro J. Panorama actual del consumo de sustancias en estudiantes de la Ciudad de México 2014.

Consumo de drogas ilegales

Respecto a las drogas ilegales, se observan las siguientes prevalencias de consumo para el nivel de secundaria: último año 10.7% y último mes 6.4%, mientras que en el nivel de bachillerato fueron: último año 23.7% y último mes 12.9%. En general el consumo de drogas ilegales no presentó cambios significativos entre los periodos 2012 a 2014, manteniéndose constante el consumo, sin embargo, las diferencias entre el volumen de estudiantes que consumen de acuerdo al nivel escolar que cursan, son evidentes y significativas, siendo mucho mayor el consumo en los estudiantes de bachillerato. Cabe señalar que en el caso de alguna droga específica el comportamiento pudiera ser diferente.

Al analizar el patrón de consumo por nivel escolar, en secundaria, el consumo de drogas en el último año fue de uno de cada 10 estudiantes (10%), y en el último mes del 6% de los estudiantes. Mientras que en bachillerato, en el último año consumieron 23% de los estudiantes, y en el último mes alrededor de 13% ya había probado alguna droga ilegal. Se estima que la edad de inicio de consumo de cualquier droga en escolares (secundaria y bachillerato) es de 13 años con siete meses.

No obstante que en general el consumo de drogas ilegales se ha mantenido constante durante el periodo de 2012-2014, es importante identificar las drogas de mayor consumo en la población estudiantil, siendo las tres principales por orden de importancia: marihuana, inhalables y cocaína.

Consumo de marihuana

En términos generales el consumo de marihuana en secundaria y bachillerato se mantiene constante estadísticamente durante el periodo 2012-2014, con una tendencia de aumento durante el último año y mes.

En secundaria, en promedio en el último año alrededor del 7% de estudiantes la consumieron y en el último mes solamente entre 3% y 4% de los estudiantes. Mientras que en bachillerato, se indica que en el último año al menos uno de cada cinco (20%) y en el último mes alrededor del 10% de los estudiantes han tenido contacto con esta sustancia.

Es importante señalar que existe un patrón diferenciado entre los niveles educativos, siendo notable estadísticamente y en todo momento la mayor cantidad de consumo en el nivel de bachillerato.

Consumo de inhalables

En general el consumo de inhalables en secundaria y bachillerato presentó una tendencia de disminución en el periodo de 2012 a 2014, sin embargo, solo resultó significativa en el nivel de bachillerato.

En la secundaria los estudiantes consumieron 4.9% en el último año, y 2.7% en el último mes, mientras que los estudiantes de bachillerato han consumido 3.5% en el último año y en el último mes 1.6%, por lo que este patrón diferenciado de consumo entre los niveles educativos indica que los estudiantes al ingresar a bachillerato reducen el consumo de inhalables.

Consumo de cocaína

La prevalencia de consumo de cocaína en secundaria y bachillerato en el último año en general tiene una tendencia de aumento de 2012 a 2014, presentando prevalencias bajas (menores a 5%), lo cual hace que las mediciones sean sensibles y presenten muchos cambios debido a su tamaño.

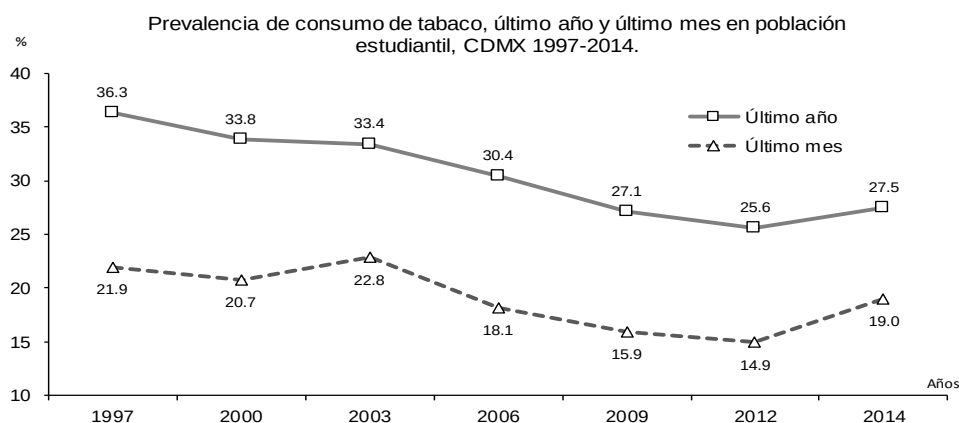
Para los estudiantes de secundaria en 2012 la prevalencia fue 1.6%, con un aumento significativo en 2014 cuya prevalencia fue 2.5%; para el bachillerato en 2014 la prevalencia fue de 4.4%, sin cambios significativos.

Análisis de la tendencia al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes en la Ciudad de México 1997-2014.

De acuerdo al comportamiento histórico de las prevalencias respecto al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes en las categorías último año y último mes, es inevitable preguntarse si presentan algún patrón que nos oriente para entender mejor su comportamiento, a este tipo de planteamientos se le denomina “ajuste de modelo”, este método tiene como objetivo explicar el comportamiento de los datos mediante un modelo matemático y hacer pronósticos en al menos el siguiente evento próximo a suceder.

A continuación se describe el comportamiento de la serie de prevalencias en el periodo 1997-2014 respecto al consumo de tabaco, alcohol y marihuana, en la población estudiantil, así como el pronóstico que genera un modelo de ajuste para esa colección de datos.

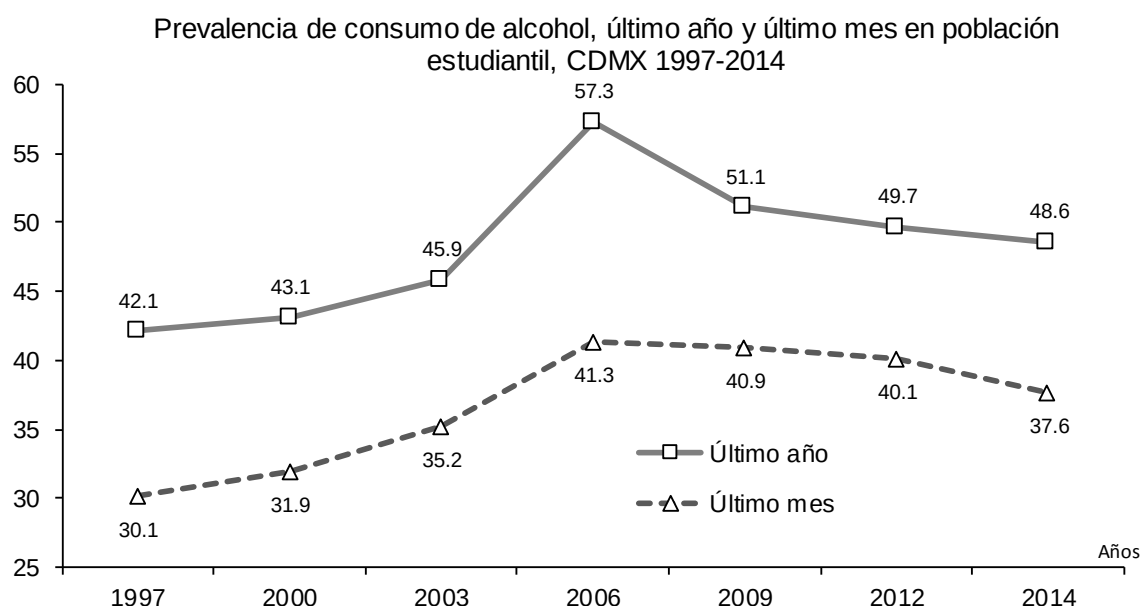
Figura 3. Comportamiento de la prevalencia por consumo de tabaco en el último año y último mes en población estudiantil de la CDMX, 1997-2014.



Se observa un patrón de comportamiento semejante en los dos escenarios (último año y último mes) con una diferencia promedio entre éstas de 11.5%; en general se describía un descenso de 1997 a 2012 donde alcanzó la menor prevalencia en ambas categorías, para 2014 aumentó; por lo que de acuerdo a un modelo ajustado a este patrón de comportamiento, se estima que la siguiente medición de la prevalencia (para 2018) de consumo de tabaco aumente, tanto en el último año se espera se registre entre (30.6 – 32.4)%, mientras que para el último mes se estima que esté entre (21.0 – 22.8)%, es decir, hay una expectativa al aumento en el

consumo de tabaco en los estudiantes, no obstante que por ley, está prohibida la compra-venta de tabaco y alcohol a menores de edad (Ley General de Salud, art. 220), incluyendo la Ley de Impuestos Especiales a Productos y Servicios (IEPS; DOF: 30/12/1980) que buscan contener el consumo de tabaco y alcohol en la población en general, además de otras estrategias novedosas en su momento como la Ley de Protección a la Salud de los no fumadores en el DF (GODF 29/01/2004) y Ley General para el Control del Tabaco (DOF: 30/05/2008), entre otras, al parecer ya no son suficientes por lo que es necesario reforzar acciones por parte de las Instituciones involucradas con este problema, particularmente en la venta de cigarros por unidad.

Figura 4. Comportamiento de la prevalencia por consumo de alcohol en el último año y último mes en población estudiantil de la CDMX, 1997-2014.



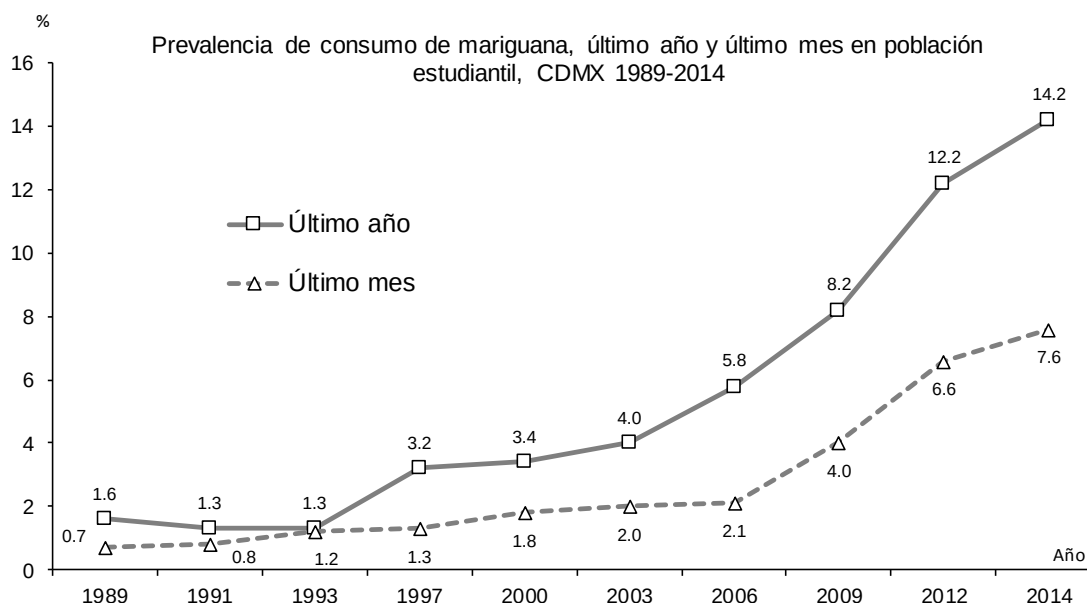
Fuente: Modificada de Villatoro. Encuestas de estudiantes, 1997-2014.

En este tipo de consumo, se observa también un patrón de comportamiento semejante en los dos escenarios (último año y último mes) con una diferencia promedio entre éstas de 11.5%; en general describe un aumento paralelo por los dos consumos del periodo 1997 hasta 2006 en donde alcanza su máximo consumo, en adelante disminuye la prevalencia, por lo que de acuerdo a un modelo ajustado a este último patrón de comportamiento (2006 a 2014).

Se estima que la siguiente medición de la prevalencia (para 2018) de consumo de alcohol disminuya, tanto en el último año se espera se registre entre (45.6 – 47.4)%, mientras que para el último mes se estima que esté entre (33.5 – 35.3)%, es decir, hay una expectativa al descenso en el consumo de alcohol en estudiantes, al parecer, la legislación de prohibición sobre la compra-venta de bebidas alcohólicas (Ley General de Salud, art. 220) y Ley de IEPS, principalmente han tenido influencia

en este descenso, sin menoscabo a estrategias más directas como difusión de campañas preventivas en medios contra el abuso de alcohol.

Figura 5. Comportamiento de la prevalencia por consumo de marihuana en el último año y último mes en población estudiantil de la CDMX, 1997-2014.



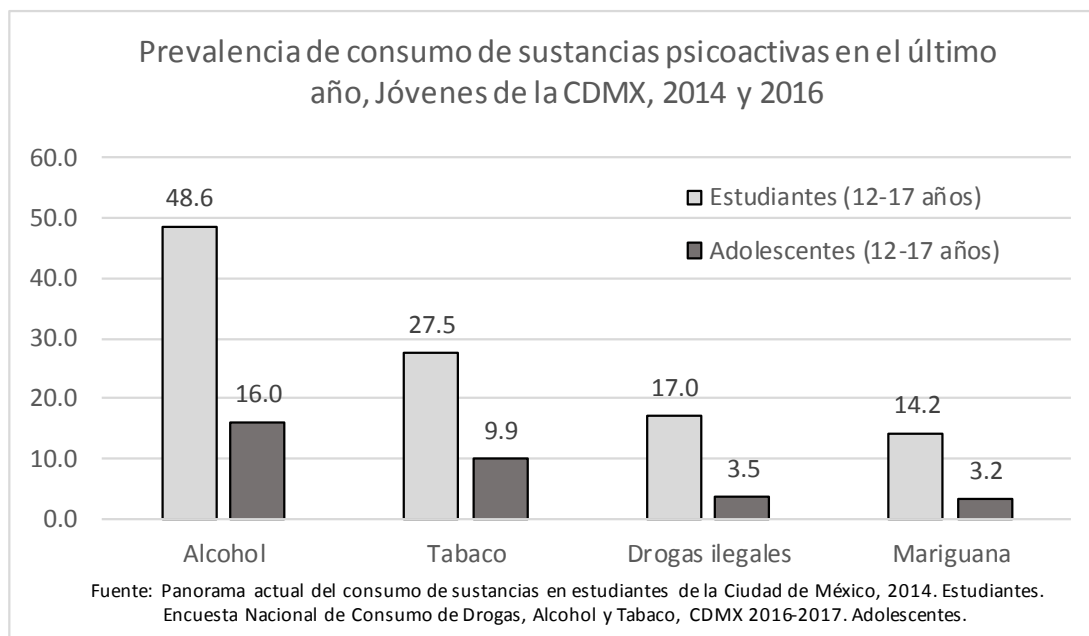
Fuente: Modificada de Villatoro. Encuestas de estudiantes, 1997-2014.

El consumo de marihuana tiene un patrón franco de aumento, en ambos escenarios (último año y último mes), sin embargo, el consumo en el último año crece más rápidamente que el consumo en el último mes, realizando una proyección con los datos anteriores se estima que la prevalencia en el último año para el 2018 se encontraría entre los valores (17.0 – 18.8)%, mientras que para el último mes se estimaría entre (8.7 – 10.5)%, es decir, se esperaría que continúe el incremento en el consumo de marihuana en estudiantes. Si bien es aventurado conocer las causas específicas de este incremento, un elemento que podría estar influyendo es la disminución de la percepción de riesgo del consumo de marihuana debido a los amparos obtenidos que permiten el consumo de esta sustancia con fines recreativos a personas específicas e incluso el hecho de que 66% de la población de la CDMX está de acuerdo con su uso con fines terapéuticos¹⁹.

Consumo de sustancias psicoactivas en población de jóvenes (12-17 años) en la ENCODAT, CDMX 2016.

Las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas de la CDMX de acuerdo con la ENCODAT 2016, en población de 12 a 17 años clasificada como jóvenes, reportan valores menores a las de consumo en estudiantes se presentan en la siguiente gráfica.

¹⁹ Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México / Parametría, Estudio sobre consumo y abuso de alcohol en el Distrito Federal. Percepción de daños y regulación de alcohol, marihuana y otras drogas, México, IAPA, 2013, p. 75.



Estas diferencias notables (significativas) se explican en general en forma conjunta por las siguientes razones:

- La ENCODAT es captada en hogares, por lo que contempla tanto la población estudiante como la no estudiante.
- Por el diseño y forma de cuantificar. La ENCODAT 2016 se lleva a cabo en hogares, en donde es más probable que se subestime la medición, mientras que la encuesta aplicada en el ámbito escolar, por el contrario, es posible que haya sobreestimación.

La juventud es la población más estudiada en lo que concierne a condiciones de riesgo, ya que regularmente, el consumo de sustancias psicoactivas inicia en ese periodo, por ejemplo, Bernard (2004)²⁰ hablando de la adolescencia menciona que los factores de riesgo pueden predecir entre 20 y 49% la aparición de problemas, sin embargo, son los elementos protectores los que tienen una predicción mayor, entre el 40 y 70%, respecto a la trayectoria que seguirán en su vida.

En la literatura²¹ se destacan diversas condiciones de vulnerabilidad entre las personas jóvenes, que sirven como herramienta de análisis para ampliar las

²⁰ Bernard, B. (2004). Resiliency: What the learned. San Francisco: West ed.

²¹ Se puede consultar, por ejemplo: Centros de Integración Juvenil, A. C. Capítulo 14 Factores psicosociales de riesgo de uso de drogas en Consumo de drogas: riesgos y consecuencias. CIJ, 2014. Centros de Integración Juvenil, A. C. Capítulo 14 Factores psicosociales de riesgo de uso de drogas en Consumo de drogas: riesgos y consecuencias. CIJ, 2014; Gómez Cobos, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), 105-122. Consultada en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387006>; Rojas Valero, M. J. Capítulo 3. Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual en CEDRO Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud. Alfonso Zavaleta Martínez - Vargas Editor Perú. Consultado 19 de julio de 2018. consultado el 19 de julio de 2018 en: https://www.researchgate.net/publication/33552394_Factores_de_riesgo_y_proteccion_en_el_consumo_de_drogas_en_la_juventud; Navarro Botello, J. Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Ayuntamiento de Madrid 2000 consultado el 19 de julio de 2018 en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/factores.pdf>, National

acciones preventivas, en la población adolescente, y también en los niños más pequeños, con la finalidad de generar acciones reales de prevención y promoción de la salud.

Percepción de disponibilidad

Uno de los factores que elevan el riesgo de consumo de drogas es la fácil accesibilidad a muchas sustancias como alcohol y tabaco; en el país, se registra un aumento en la disponibilidad de drogas lícitas como la venta de cigarrillos por pieza y la obtención de bebidas alcohólicas, incluso adulteradas.²² También se registra la facilidad de conseguir drogas ilícitas entre la población estudiantil, derivado de las nuevas estrategias de comercialización de la delincuencia organizada, conocidas como narcomenudeo.

Los resultados de la Encuesta de Consumo de Estudiantes ENCODE 2014 indican que, del total de estudiantes de secundaria y bachillerato de la Ciudad de México, un 40% de los hombres y un 36.6% de las mujeres considera fácil o muy fácil conseguir drogas, e incluso un 31% indica que les han ofrecido sin costo alguna droga y a un 41.1% han intentado venderles alguna.

Percepción de riesgo y tolerancia social

El uso frecuente de drogas legales (tabaco y alcohol) e ilegales (marihuana, cocaína, heroína) en adolescentes se relaciona con la percepción del nivel de riesgo o peligrosidad de las sustancias, así como con la actitud hacia su consumo²³.

La mayoría de estudiantes considera muy peligroso el consumo de sustancias como la heroína, la cocaína y los inhalables con porcentajes mayores al 70%. En el caso de la marihuana, la percepción de riesgo disminuye con respecto a las otras sustancias. Esta situación se presenta tanto en hombres como en mujeres.

Sin embargo, la percepción de riesgo disminuye cuando se pregunta por el consumo de 5 o más cigarros diariamente (61.3%), y para el consumo de alcohol es aún menor (51%), con porcentajes similares en hombres y mujeres.²⁴

A pesar de la constatación de los riesgos físicos, psicológicos y sociales del consumo de drogas, se aprecia una escasa conciencia del daño ocasionado entre la población juvenil ya que se percibe el riesgo de una forma diferente y por tanto conductas como el consumo de sustancias se perciben como menos perjudiciales que entre otros grupos de edad.

Factores de riesgo y vulnerabilidad

Entre las principales causas generales de consumo de drogas se encuentran factores de predisposición, problemas familiares y problemas y trastornos psicológicos. Además de las causas generales, existe una serie de factores específicos de la adolescencia que aumenta la probabilidad de que los jóvenes

Institute of Drugs Abuse (2004) Preventing Drug Use among Children and Adolescents (In Brief) Second Edition. Consultado el 20 de julio de 2018 en https://d14rmqtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/preventingdruguse_2_1.pdf

²² Secretaría de Salud (2012). Guía para el promotor de “nueva vida” (2012). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida.

²³ Uribe Alvarado, J. Isaac, Verdugo Lucero, Julio Cesar, Zacarías Salinas, Ximena. Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. Psicología y Salud, Vol. 21, Núm. 1: 47-55, enero-junio de 2011.

²⁴ Villatoro J. Encuesta de Consumo de Estudiantes en la Ciudad de México 2012 (ENCODE 2012) y Villatoro J. Panorama actual del consumo de sustancias en estudiantes de la Ciudad de México 2014.

consuman drogas y que tienen que ver con el hecho de que se encuentran en una etapa de desarrollo físico (pubertad), emocional, psicológico y social entre los que destacan un sentimiento de invulnerabilidad y fortaleza, lo que los lleva a desarrollar conductas y hábitos de riesgo; curiosidad y el deseo de experimentar qué se siente estar bajo los efectos de las drogas; imitación; afán de independencia y fortalecer las relaciones con los entornos donde hay más presencia de gente que tenga su edad y con la cual poder identificarse²⁵.

Por otra parte, según la Consulta Juvenil sobre Adicciones en el Distrito Federal²⁶ los principales motivos para consumir drogas reportadas por los jóvenes son: problemas en el hogar o la escuela; estar tristes o enojados; sentirse solos o incomprendidos; o bien por gusto, o curiosidad.

Los datos anteriores muestran que el inicio del uso de drogas a menudo ocurre durante la adolescencia o juventud, periodo de transición caracterizado por el estrés, la ansiedad y la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias, así como de diferenciación de los adultos.

Puede comenzar como una forma de manejar emociones negativas y de respuesta al sentimiento de vivir en un mundo caótico y hostil. También se ha señalado que la presión del grupo de pares, la curiosidad y la pobre integración familiar, son factores que contribuyen al uso de drogas. Asimismo, son mencionados otros factores, como la pobreza, la falta de alternativas y una percepción desesperanzada del futuro.

Entre los adolescentes, el consumo de sustancias psicoactivas no suele ir solo, sino unido a otras conductas de riesgo y antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar a los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad.²⁷

Los estudios científicos señalan que la probabilidad de progresar al abuso y dependencia es mayor cuando la exposición a las drogas ocurre a temprana edad como en la adolescencia. En esta etapa vital la maduración funcional de las regiones límbicas del cerebro, relacionadas con el placer, es mayor a la maduración funcional de la corteza frontal que permite evaluar las situaciones, tomar decisiones juiciosas y mantener las emociones y deseos bajo control. Asimismo, en esta etapa las personas jóvenes tienen una tendencia a experimentar nuevos estados y hacer un cuestionamiento constante de la autoridad y las normas sociales, factores que conjugados pueden facilitar el acercamiento a las drogas.

Poblaciones vulnerables: Mujeres

En las encuestas del consumo de drogas en México existe principalmente información epidemiológica, la cual ha tomado en cuenta diversos sectores de la población abierta, por ejemplo población estudiantil, las personas usuarias de centros de tratamiento y las personas recluidas en centros de readaptación social.

²⁵ Becoña Iglesias, E. Los Adolescentes y el Consumo de Drogas. Papeles del Psicólogo, 2000. Vol. (77).

²⁶ Consulta Juvenil sobre Adicciones en el Distrito Federal IAPA/ Unidad de Investigación Social Aplicada y de Estudios de Opinión, UNAM 2011.

²⁷ Consejo Nacional contra las Adicciones (1998). Consumo de Drogas en México: Diagnóstico, Tendencias y Acciones. Consultado en

http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/El%20consumo%20de%20drogas%20en%20M_xico.pdf

Dichos estudios dan cuenta del consumo de drogas por sexo; sin embargo, la información obtenida no permite observar las características específicas y particulares del consumo de sustancias psicoactivas en mujeres, ya que las proporciones del uso de drogas son divergentes y en algunos casos extremas a las presentadas por hombres.

A pesar de estas diferencias la mayor parte de los programas de prevención y tratamiento no están diseñados para atender las necesidades específicas de hombres y mujeres. Existe la impresión de que el fenómeno del consumo de drogas es un mundo mayoritariamente masculino, y aunque hay menos acceso a consumos denominados problemáticos entre las mujeres, en los consumos experimentales y recreativos existe más o menos una equiparación por sexos.

Además el consumo de drogas tiene un significado social diferente para hombres y para mujeres. En los hombres el consumo de drogas se percibe como una conducta normalizada, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas o antisociales).

La condición social de la mujer usuaria de drogas se define como un grupo con ciertos estereotipos y estigmas sociales, sin tomar en cuenta que este grupo de mujeres presenta condiciones diferentes, pues no es lo mismo ser niña que adolescente, embarazada, adulta²⁸, con discapacidad u otra condición.

La estructura de género puede ayudar a explicar las motivaciones específicas entre las mujeres para iniciarse, continuar en el uso o en las consecuencias tras el uso. Entender mejor los factores contextuales, y entre ellos los de género, supone relacionar los consumos de sustancias psicoactivas con la posición socioeconómica y otras diferencias entre las propias mujeres, sean de edad, clase o grupo étnico, que suelen darse por supuestas.²⁹

Situación de consumo de drogas

Alcohol

Los resultados de la ENCODAT 2016, indican que el consumo de alcohol en el último año en la CDMX en la población femenina no presentó cambios en la prevalencia de consumo, es menor su participación en el consumo excesivo tanto en el último año, que fue de 28.5%, como en el último mes: 11.6%.

Tabaco

Los resultados de las Encuestas Nacionales muestran que el consumo actual de tabaco en mujeres durante el periodo 2011-2016 se mantuvo sin cambio, registrando en el último mes una prevalencia de 18.7%.

Otras drogas ilegales

En este rubro los resultados de las Encuestas Nacionales indican que las mujeres mantuvieron el consumo de drogas ilegales sin cambio durante el periodo 2011-2016, registrando una prevalencia de menos del 1% (0.9%), específicamente, la

²⁸ Castillo Franco I., Gutiérrez López D. (2008) Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2008;31:351-359.

²⁹ Romo Avilés N. 2005 Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías Humanitas* 5: 65-83 (2005). [<http://hdl.handle.net/10481/22315>]

prevalencia de consumo de marihuana en el último año registró el mismo valor (0.9%), interpretándose como que todas las mujeres que respondieron afirmativamente al consumo de droga ilegal, su preferencia fue la marihuana.

A pesar de que la diferencia de consumo entre hombres y mujeres es notoria, una vez que se presenta la oportunidad de uso, dicha diferencia tiende a desaparecer.³⁰ De igual manera, las formas o patrones de consumo han sufrido cambios que representan importantes riesgos para la salud de las mujeres³¹.

Entonces, si nos fijamos en los consumos de drogas entre las mujeres como grupo, quizás lo menos importante sea señalar que son una minoría, que consumen menos que los hombres y recalcar que sus consumos en las adolescentes aumentan de manera exponencial y que pueden tener diferentes consecuencias adversas para la salud.

Percepción de disponibilidad

Las mujeres tienen mayor probabilidad de probar marihuana si se la ofrecen (13%) y la probabilidad de pasar del uso a la dependencia, una vez expuestas es de 1.1% (ENA, 2008). A partir del año 2000, resulta más claro que el patrón de consumo de las mujeres es cada vez más semejante al de los hombres, pasando del uso experimental al uso habitual³².

Factores de riesgo y vulnerabilidad

En general, pareciera que son similares los factores que llevan a hombres y mujeres a experimentar, continuar usando drogas, usar más de una droga o desarrollar problemas; lo que apoyaría la hipótesis de la tendencia de la población femenina a copiar los modelos masculinos.³³

Sin embargo, las mujeres describen razones únicas para usar algunas drogas, incluyendo controlar el peso, combatir el agotamiento, lidiar con dolores e incluso auto medicarse para tratar algunos problemas de salud mental como la depresión.

También se ha encontrado que las mujeres que son víctimas de violencia doméstica corren mayor riesgo de consumir alguna droga. El divorcio, la pérdida de la custodia de los hijos o la muerte de un compañero o de un niño puede provocar el uso de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres.³⁴

No obstante, tanto en mujeres como en hombres, entre los predictores más potentes para el uso y continuación del uso de drogas son la percepción de disponibilidad de

³⁰ Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rafful, C., Gutiérrez, M. L., Moreno, M., López, M. A., Rodríguez, C. (2010). ¿Cómo son las mujeres que pasan la barrera social? Un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008. En Romero, M., Medina-Mora, M. E., Rodríguez, C. Mujeres y Adicciones. Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 37-70.

³¹ Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rafful, C., Gutiérrez, M. L., Moreno, M., López, M. A., Rodríguez, C. (2010). ¿Cómo son las mujeres que pasan la barrera social? Un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008. En Romero, M., Medina-Mora, M. E., Rodríguez, C. Mujeres y Adicciones. Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 37-70.

³² Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rafful, C., Gutiérrez, M. L., Moreno, M., López, M. A., Rodríguez, C. (2010). ¿Cómo son las mujeres que pasan la barrera social? Un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008. En Romero, M., Medina-Mora, M. E., Rodríguez, C. Mujeres y Adicciones. Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 37-70.

³³ Medina Mora y Rojas Guiot (2003). Mujer, pobreza y adicciones, Perinatol Reprod Hum 2003;17:230-244.

³⁴ National Institute on Drug Abuse NIDA (2017). Substance Use in Women. Documento electrónico, disponible en. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-women>.

drogas y la tolerancia social; sin embargo, las consecuencias sociales y físicas son distintas para cada sexo.

Las mujeres presentan un índice de problemas desproporcionadamente mayor a su nivel de consumo. Situación que no puede explicarse exclusivamente por diferencias en relación con su vulnerabilidad biológica, sino por la interacción de factores biológicos, sociales y culturales, ligados a la construcción social del género. Entre las mujeres, las más pobres constituyen un grupo especialmente vulnerables.³⁵

Consecuencias

Las mujeres pueden enfrentar problemas únicos cuando se trata del uso de sustancias psicoactivas, en parte influidas por:

- Diferencias de sexo basadas en la biología
- Diferencias de género basadas en roles culturalmente definidos para hombres y mujeres

Con base en estas diferencias, las mujeres presentan una doble vulnerabilidad. Por una parte, una mayor vulnerabilidad biológica a ciertas consecuencias derivadas del consumo de drogas, al desarrollar problemas con menores dosis y tiempos de consumo que los hombres³⁶; estudios científicos sobre el uso de sustancias psicoactivas han identificado problemas especiales relacionados con la producción de hormonas, el ciclo menstrual, la fertilidad, el embarazo, la lactancia materna y la menopausia, que pueden afectar los esfuerzos de las mujeres por dejar de consumir alguna droga³⁷.

Entre las consecuencias físicas del consumo de sustancias psicoactivas entre las mujeres, la evidencia científica disponible señala que las mujeres pueden responder a las distintas sustancias psicoactivas de manera diferente. Por ejemplo, pueden tener más ansia o deseo por seguir consumiendo una droga y una mayor probabilidad de recaer después del tratamiento, lo que podría estar relacionado con el ciclo menstrual de una mujer y la producción de hormonas.³⁸

De igual manera, las hormonas sexuales pueden hacer que las mujeres sean más sensibles que los hombres a los efectos de algunas drogas. Las mujeres que consumen drogas también pueden experimentar más efectos físicos en el corazón y los vasos sanguíneos. Los cambios cerebrales en las mujeres que consumen drogas pueden ser diferentes de los de los hombres. Las mujeres que usan ciertas sustancias pueden ser más propensas a tener ataques de pánico, ansiedad o depresión.

³⁵ Medina Mora y Rojas Guiot (2003). Mujer, pobreza y adicciones, *Perinatol Reprod Hum* 2003;17:230-244.

³⁶ Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rafful, C., Gutiérrez, M. L., Moreno, M., López, M. A., Rodríguez, C. (2010). ¿Cómo son las mujeres que pasan la barrera social? Un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008. En Romero, M., Medina-Mora, M. E., Rodríguez, C. *Mujeres y Adicciones*. Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 37-70.

³⁷ National Institute on Drug Abuse NIDA (2017). Substance Use in Women. Documento electrónico, disponible en: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-women>

³⁸ National Institute on Drug Abuse NIDA (2017). Substance Use in Women. Documento electrónico, disponible en: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-women>.

El uso de sustancias psicoactivas durante el embarazo merece especial mención ya que el consumo de alguna droga pone en riesgo la salud de la mujer y la de sus hijos tanto a corto como a largo plazo.

El uso de algunas sustancias psicoactivas puede aumentar el riesgo de aborto involuntario, causar migrañas, convulsiones o presión arterial alta en la madre, lo que puede afectar al producto. Además, el riesgo de muerte fetal es de dos a tres veces mayor en las mujeres que fuman tabaco o marihuana, toman analgésicos recetados o usan drogas ilegales durante el embarazo.³⁹

No se debe perder de vista que el inicio tan temprano de conductas de consumo repercute de manera considerable en la vida de las adolescentes y tendrá múltiples consecuencias en su vida adulta. Las tradicionales distinciones de género basadas en las razones de prevalencia del uso de drogas, en los que se veía 'el ser mujer' como un factor de protección de cara al uso de drogas, está en declive.

Por otra parte, presentan una vulnerabilidad social al ser objeto de un mayor rechazo cuando desarrollan problemas por el consumo de sustancias psicoactivas, relacionada con su motivación para usarlas; suelen estar en mayor riesgo de dependencia y también son más susceptibles a la recaída⁴⁰.

Las mujeres usuarias presentan una doble estigmatización: una por ser mujer y otra por consumir sustancias. Esto provoca un mayor estigma en las mujeres que en los hombres, sobre todo porque el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y drogas ilícitas se ha relacionado comúnmente con lo masculino.

En virtud de tal condición, ellas de manera frecuente sufren discriminación por su género y, a su vez, por su relación con las drogas. Esta doble discriminación resulta en factores que obstaculizan el pleno disfrute de sus derechos humanos. En este sentido, las mujeres y niñas con un uso problemático de drogas tienen derecho a acceder a servicios de atención y tratamiento que tomen en cuenta sus necesidades específicas, como en caso de embarazo.

El consumo de drogas en las mujeres todavía supone un reto a los valores sociales dominantes, y por lo tanto, reciben un mayor grado de reproche o rechazo social, que se puede traducir en un menor apoyo familiar o social. El consumo a edades tempranas, la violencia de género, la victimización y el embarazo no deseado agravan la condición de una proporción de ellas.

Usar una sustancia ilegal supone para las mujeres no sólo ser clasificadas de desviadas por sus usos de drogas, sino también por contraponerse a la definición social de lo que debe de ser el comportamiento femenino.

Un gran número de mujeres que usan drogas legales o ilegales, perciben que son incapaces de desempeñar satisfactoriamente el papel que les ha sido asignado socialmente (ser una buena madre o una buena ama de casa), y creen que han

³⁹ National Institute on Drug Abuse NIDA (2017). Substance Use in Women. Documento electrónico, disponible en. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-women>

⁴⁰ Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rafful, C., Gutiérrez, M. L., Moreno, M., López, M. A., Rodríguez, C. (2010). ¿Cómo son las mujeres que pasan la barrera social? Un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008. En Romero, M., Medina-Mora, M. E., Rodríguez, C. Mujeres y Adicciones. Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 37-70.

fracasado a nivel personal, familiar y social. Las consecuencias de esta percepción suele ser la desvaloración personal, las tensiones y conflictos familiares, así como la violencia familiar.

Diferencias Sexuales y de Género en el Tratamiento

La mayor parte de los programas de prevención y tratamiento no están diseñados para atender las necesidades específicas de hombres y mujeres. Existe la impresión de que el fenómeno del consumo de drogas es un mundo mayoritariamente masculino, y aunque hay menos acceso a consumos denominados problemáticos entre las mujeres, en los consumos experimentales y recreativos existe más o menos una equiparación por sexos.

Es importante señalar que el tratamiento para los trastornos por uso de sustancias en las mujeres puede progresar de manera diferente que para los hombres.

Los programas de tratamiento se han diseñado y desarrollado desde las necesidades de los hombres adultos. En la mayoría de las sociedades las mujeres usuarias de drogas sufren más estigma por la vinculación con los cuidados y responsabilidades familiares que históricamente se les ha asignado.

La estigmatización de las mujeres con problemas de drogas, generalmente las lleva a un aislamiento social, lo que favorece la ocultación del problema, a no pedir ayuda para superar el mismo y por ello se demora en obtener atención, hasta que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral resultan insostenibles. De hecho, su acción predominante contra el consumo de drogas es la interrupción voluntaria sin apoyo de terceros.⁴¹

Se debe tomar en cuenta las formas en que las mujeres utilizan los servicios, las barreras hacia el tratamiento y otras necesidades particulares que tienen. Por ejemplo, cuando ingresan a tratamiento, las mujeres informan el uso de alguna sustancia por un período más corto de tiempo (en comparación con los hombres); sin embargo, el uso de sustancias de las mujeres tiende a progresar más rápidamente desde el primer uso hasta la adicción.

Por su parte, el abandono del uso de sustancias psicoactivas también puede ser más intenso para las mujeres. En algunos casos, las mujeres responden de manera diferente que los hombres a ciertos tratamientos. Por ejemplo, el reemplazo de nicotina (parche o goma) no funciona tan bien para las mujeres como para los hombres.⁴²

En el caso de las mujeres embarazadas pueden tener miedo de buscar ayuda y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas durante o después del embarazo debido al miedo a las posibles consecuencias legales o sociales y a la falta de apoyos para el cuidado infantil durante el tratamiento. Y en general, las mujeres que reciben tratamiento para las adicciones necesitan apoyo para manejar

⁴¹ Castillo Franco I., Gutiérrez López D. (2008) Consumo de drogas en mujeres asistentes a centros de tratamiento especializado en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2008;31:351-359.

⁴² National Institute on Drug Abuse NIDA (2017). *Substance Use in Women*. Documento electrónico, disponible en. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-women>

las cargas del trabajo, cuidado en el hogar, cuidado de niños y otras responsabilidades familiares.

Como puede observarse, las consecuencias y riesgos a los que están expuestas las mujeres que consumen sustancias psicoactivas son múltiples y considerables. No obstante, el impacto negativo del consumo de alcohol y drogas es atribuible sólo parcialmente a las características biológicas de las mujeres ya que otros factores sociales, económicos y culturales tienen un peso mayor; por ejemplo, la pobreza, que en ocasiones las lleva a consumir sustancias de baja calidad; involucrarse en actividades ilícitas para obtener la sustancia; por otro lado, en los estratos socioeconómicos bajos el acceso a los servicios de salud es menor, además de tener mayor proclividad a sufrir accidentes automovilísticos, lesiones, y cometer o ser víctimas de actos de violencia.⁴³

Así pues, muchas de las diferencias entre hombres y mujeres que usan drogas se relacionan con el género más que con el uso de sustancias. A fin de cuentas, las diferencias en el uso de las sustancias psicoactivas reflejan diferencias sociales entre los hombres y las mujeres (como las responsabilidades parentales y la desigualdad en la negociación de las relaciones personales).

Estos son algunos de los resultados que se han puesto de manifiesto en la investigación sobre los usos de drogas y proporcionan información para la construcción de ese conocimiento sobre la forma en que las usan las mujeres. Por consiguiente, es deseable que los programas de prevención y tratamiento dirigidos a esta población se basen en las condiciones y necesidades específicas de las mujeres.

Poblaciones vulnerables: Personas con discapacidad

Las personas con discapacidad⁴⁴ tienen los mismos riesgos de caer en determinadas adicciones que las personas sin discapacidad, ya que están expuestas a los mismos incentivos y forman parte del mismo contexto social.

La población con discapacidad según el INEGI es al menos el 5.5 % del total de los habitantes de la Ciudad de México⁴⁵. Sin embargo, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 en el Distrito Federal, el 10.1% de la población de seis años o más, tiene al menos una discapacidad⁴⁶.

En una primera aproximación al tema de las adicciones entre la población con discapacidad se evidencia la necesidad de hacer mayor investigación⁴⁷ ya que es difícil estimar el número de personas con discapacidad que presentan trastornos por consumo de sustancias. Diversos estudios han reportado que entre las personas con discapacidad, el consumo de sustancias es similar o mayor al encontrado en la

⁴³ Medina Mora y Rojas Guiot (2003). Mujer, pobreza y adicciones, *Perinatol Reprod Hum* 2003;17:230-244.

⁴⁴ Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), una persona con discapacidad es aquella que tiene alguna limitación física o mental para realizar actividades en su casa, en la escuela o trabajo, como caminar, vestirse, bañarse, leer, escribir, escuchar, etcétera.

⁴⁵ De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, había en el Distrito Federal 483,045 personas con discapacidad, representando el 5.46% del total de los habitantes.

⁴⁶ Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2013) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

⁴⁷ En este diagnóstico se analiza el consumo de sustancias psicoactivas y sus características en esta población, excluyendo el análisis de cómo la adicción a sustancias puede generar discapacidad, dado que este se considera motivo de un interés diferente.

población general. Por otro lado, estudios realizados en personas con discapacidades físicas y cognitivas reflejaron que esta población presenta mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno por consumo de sustancias con respecto a quienes no presentan ninguna discapacidad⁴⁸.

Por un lado, las personas con discapacidad están altamente expuestas a factores de riesgo relacionados con el consumo de sustancias de abuso y los trastornos psiquiátricos como: menos oportunidades económicas y de educación, vulnerabilidad a la violencia o abuso de cualquier tipo y tasas de pobreza más altas⁴⁹.

A pesar de esto, la literatura ha reportado que en esta población la detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades o condiciones concurrentes –como el consumo de sustancias psicoactivas– suelen ser inadecuados o incluso pasar desapercibidos por los profesionales de la salud, impactando significativamente en su salud y calidad de vida, en un fenómeno que se ha denominado ensombrecimiento diagnóstico⁵⁰.

Consumo de sustancias psicoactivas

El IAPA en colaboración con el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México (INPRM), realizaron un estudio en el 2015 para conocer la situación del consumo de sustancias en personas con discapacidad, así como los problemas de salud derivados de ellas que impactan en la calidad de vida⁵¹.

Alcohol

La edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 19.4 años y un 27.5% de la población lo consumió en los últimos 12 meses, y 13.0% lo hizo en el último mes, de los cuales 17.7% eran hombres y 7.9% mujeres.

Con respecto al origen de discapacidad, se observó que entre el grupo de discapacidades adquiridas-contextuales (discapacidades secundarias a accidentes, enfermedades infecciosas, o consumo de sustancias) fue mayor el porcentaje de personas que reportaron consumir en el último año y en el último mes, este grupo fue el que presentó mayor número de consumidores (36.3% y 16.4%, respectivamente).

⁴⁸ Marín-Navarrete, R., Mendoza-Meléndez, M.A., Fernández-Mondragón, J., Villalobos-Gallegos, L., Gallegos-Cari, A., Beltrán-Silva, M.A., Martínez-Pacheco, G.G., Medina-Mora, M.E., & Camacho-Solís, R.E. (2015). Estudio Sobre Sintomatología Psiquiátrica y Consumo de Sustancias, Abuso en Personas con Discapacidad en la Ciudad de México. México: INPRFM, IAPA, DIF-DF

⁴⁹ El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) estima que, en el 2012, la población con discapacidad en situación de pobreza de la Ciudad de México fue de 125,165 personas, lo que representa el 26% de la población total de personas con discapacidad en el Distrito Federal (CONEVAL, 2013, Estimaciones con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012).

⁵⁰ Marín-Navarrete, R., Mendoza-Meléndez, M.A., Fernández-Mondragón, J., Villalobos-Gallegos, L., Gallegos-Cari, A., Beltrán-Silva, M.A., Martínez-Pacheco, G.G., Medina-Mora, M.E., & Camacho-Solís, R.E. (2015). Estudio Sobre Sintomatología Psiquiátrica y Consumo de Sustancias, Abuso en Personas con Discapacidad en la Ciudad de México. México: INPRFM, IAPA, DIF-DF

⁵¹ Marín-Navarrete, R., Mendoza-Meléndez, M.A., Fernández-Mondragón, J., Villalobos-Gallegos, L., Gallegos-Cari, A., Beltrán-Silva, M.A., Martínez-Pacheco, G.G., Medina-Mora, M.E., & Camacho-Solís, R.E. (2015). Estudio Sobre Sintomatología Psiquiátrica y Consumo de Sustancias, Abuso en Personas con Discapacidad en la Ciudad de México. México: INPRFM, IAPA, DIF-DF

Finalmente, al comparar por tipo de discapacidad, el grupo con discapacidades visuales fue el que presentó mayores porcentajes de personas con consumo en el último mes con 23%; mientras que las personas con discapacidades motoras fueron las que presentaron mayor porcentaje de consumidores en el último año con 62.2%.

Tabaco

La edad promedio de inicio de consumo de tabaco fue de 17.2 años y un 20.0 % de la población lo consumió en los últimos 12 meses, y 18.1% lo hizo en el último mes, de los cuales 17.7% de los hombres y 7.9% mujeres.

Por otra parte, el consumo de tabaco a lo largo de la vida entre hombres y mujeres fue de 65% y 41.2% respectivamente, reduciéndose dicha proporción hasta un 26.2% para los hombres y 9.3% en las mujeres al explorar el consumo en los últimos 30 días.

Con respecto al origen de discapacidad, se encontró que el grupo de personas con discapacidades adquiridas-contextuales presentó un mayor porcentaje de consumo en el último año (31.8%), esto se repite en el consumo actual, siendo mayor el porcentaje de personas con discapacidades adquiridas-contextuales que reportaron consumo en el último mes (28.4%), sin embargo, la diferencia entre grupos no fue estadísticamente significativa. Finalmente, al comparar por tipo de discapacidad, el grupo de personas con discapacidad visual es la que reportó una prevalencia en el último año (25.9%) y en el último mes (23.0%).

Otras drogas

Para el consumo de drogas, se incluyó en una sola categoría a todas las personas que reportaron haber consumido cualquier droga ilegal (mariguana, cocaína, inhalables, opiáceos, entre otras). El promedio de edad de inicio de consumo entre los que han probado cualquier droga a lo largo de la vida fue de 19.2 años; del total de la muestra, 14.4% (169 encuestados) reportó haber probado cualquier droga ilegal en el último año y 1% (12 encuestados) reportó consumo en el último mes.

El porcentaje de personas en el rango de edad de 18 a 32 años reportó uso en el último año en un 2.7% y en el último mes en un 1.4%. Con respecto al origen y tipo de discapacidad, se encontró que las personas con discapacidad adquirida-contextual y con discapacidad intelectual presentaron el mayor porcentaje de personas con consumo en el último año.

En las diferencias entre sexos en prevalencia de consumo de cualquier sustancia, se encontró que la prevalencia de consumo global fue mayor en hombres que en mujeres, de la misma manera que en la población general. En suma, las prevalencias halladas de consumo de sustancias son hasta cierto punto similares en esta población en comparación con las encontradas en la población general.

Los datos anteriores muestran que las adicciones con mayor prevalencia en personas con discapacidad son el tabaco y el alcohol, este último supone un riesgo importante para muchas personas con discapacidad que toman medicación y es importante que conozcan los riesgos que supone la mezcla de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.

Es importante señalar que las personas con discapacidad adquirida-contextual pueden encontrarse en mayor riesgo de consumir sustancias si se compara con grupos con discapacidad de nacimiento o adquirida-médica. Además esta población presenta una mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés-postraumático, así como de intentos de suicidio a lo largo de la vida, situaciones asociadas al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas.

Factores de riesgo y vulnerabilidad.

Algunos estudios evidencian que los factores asociados significativamente con el uso de drogas ilícitas entre las personas con discapacidad incluyen el nivel de aceptación de la discapacidad, el consumo de drogas por parte de los mejores amigos, la actitud de creerse con derecho al consumo por causa de la discapacidad, baja autoestima, y toma de riesgos.⁵²

Un hallazgo de particular atención en el estudio entre población con discapacidad en la Ciudad de México fue que en las personas que reportaron consumo actual de alcohol, tabaco y drogas, se observó un mayor reporte entre las personas con discapacidades de origen adquirido-contextual (discapacidades secundarias a accidentes, enfermedades infecciosas, o consumo de sustancias), y aunque este aumento no fue significativo para todas las sustancias.

Lo anterior podría indicar que las personas con discapacidad sobrevenida o adquirida-contextual se encuentran en mayor riesgo de consumir sustancias (respecto de las personas con discapacidad de nacimiento y adquirida-médica) como una forma de negación o rechazo de la condición de discapacidad o a una aceptación o comprensión parcial de la situación vivida.

Acceso a tratamiento

Por lo general, las personas con discapacidad son más propensas a encontrarse con obstáculos que entorpecen el acceso a servicios de salud, educación, empleo o información.⁵³ Algunos estudios, coinciden en constatar un problema real respecto a las personas con discapacidad que consumen sustancias psicoactivas y a su posible tratamiento, y es el problema de accesibilidad física, cultural y actitudinal a los servicios de tratamiento ofertados⁵⁴ así como la accesibilidad para las personas sordas y mudas.

Dichos estudios detectan en gran medida una serie de barreras a la accesibilidad física, así como la falta de servicios y adaptaciones para las personas con limitaciones sensoriales. Esto les permitió concluir que la inaccesibilidad puede ser un factor que se relaciona con la escasa representación de las personas con discapacidad entre la población en tratamiento. Se identificaron barreras que incluyen atributos de las personas con discapacidad, variables contextuales que permiten o impiden el acceso, el reconocimiento de la necesidad de tratamiento, y las características de los servicios de tratamiento.

⁵² Jordán de Urríes, FB, Huete, A, Verdugo, MA (2014) Una aproximación al consumo de drogas en personas con discapacidad, Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico, Vol. 8, Núm. 2, pp. 113-122.

⁵³ Organización Mundial de la Salud (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad. Malta: OMS.

⁵⁴ Jordán de Urríes, FB, Huete, A, Verdugo, MA (2014) Una aproximación al consumo de drogas en personas con discapacidad, Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico, Vol. 8, Núm. 2, pp. 113-122.

En el estudio realizado en la Ciudad de México, entre las personas que reportaron necesitar tratamiento y atención para la salud mental o el uso de sustancias, la principal barrera de tratamiento percibida fue la económica (30.1%), seguida por desconocimiento de sitios donde dichos servicios se proveen (27.2%) y la falta de tiempo (11.2%).

Al indagar sobre tratamiento especializado, el 17% reportó haber solicitado atención para tratar algún problema relacionado con salud mental o el uso de sustancias, entre los cuales la opción más utilizada fueron los profesionales en hospitales o clínicas del gobierno (81%), lo que implica que la búsqueda de atención especializada entre esta población tiene lugar predominantemente dentro de los sistemas de salud disponibles en la asistencia social (este último dato debe tener en consideración que la población del estudio es beneficiaria de la asistencia social DIF).

En cuanto a las necesidades específicas de servicios, después de la necesidad de servicios de salud más cercanos y específicos (70.5%), se mencionaron aquellos ajustes relacionados con las discapacidades motoras (elevadores: 46.1%; rampas 38.2%) como los más necesitados por la población, así como aquellos a los que se tiene mayor acceso en espacios públicos (73% y 69.9% respectivamente). Por otro lado, la señalización en braille fue la que menos necesidad reportada tuvo (5.7%). Los servicios de educación especial también presentaron una accesibilidad limitada, siendo sólo el 35.6% de los participantes que la necesitan quienes reportaron haber tenido acceso a ella.

La presencia de barreras físicas para el acceso al tratamiento hace ineludible identificar las necesidades y accesibilidad para promover ajustes razonables (rieles para la ceguera, rampas, elevadores, etc.) tanto en los centros de tratamiento como en los espacios públicos (plazas, transporte público, oficinas de gobierno, etc.). Lo que permite sugerir que se necesitan cambios en la política y la práctica para aumentar las tasas de acceso al tratamiento para personas con discapacidad.

Por otra parte, en términos de vulnerabilidad múltiple, se debe tener en cuenta que las mujeres con discapacidad tienen más probabilidades de ser víctimas de violencia relacionada con el abuso de sustancias psicoactivas que los hombres; y que las personas con discapacidad víctimas de violencia relacionada con el abuso de sustancias psicoactivas son más propensos a tener sus propios problemas de abuso de sustancias que aquellas que no han sido víctimas de violencia.

Derivado de la información presentada, existen indicios suficientes para inferir que la discapacidad se asocia de manera frecuente con procesos de consumo de sustancias psicoactivas, no sólo como causa, sino como característica específica.

Podemos pues, plantear que el consumo de sustancias psicoactivas tiene una incidencia similar entre la población con discapacidad; sin embargo, el problema de la adicción a las drogas aparece de manera más acusada entre las personas con discapacidad que entre las personas sin discapacidad, debido fundamentalmente a la invisibilización del problema y a las barreras físicas y sociales a las que se enfrentan, de las cuales algunas ni siquiera parecen ser consideradas en los programas de intervención.

Resulta especialmente sensible para este diagnóstico la invisibilidad del fenómeno de la discapacidad en los registros y encuestas que abordan la adicción a sustancias en la sociedad, ámbito en el que es preciso un esfuerzo de adaptación importante.

Poblaciones vulnerables: Personas Adultas Mayores

El envejecimiento es un proceso de cambios, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas.

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años. Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones.

La Ciudad de México registra el mayor índice de envejecimiento en el país ya que alcanza un registro de 50.7 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años; pasó de un envejecimiento moderado a intenso. Cuenta con un millón 200 mil personas adultas mayores. En los últimos 15 años la población mayor creció 1.46 veces y la tendencia es que seguirá en aumento en los siguientes años, por lo que se estima que para el año 2030 la población en la capital del país sea de un millón 700 mil en ese grupo de edad.⁵⁵

Situación de consumo de drogas

El consumo de sustancias psicoactivas suele asociarse a personas jóvenes, sin embargo, la problemática de las adicciones no entiende de edades. En general, el consumo de sustancias psicoactivas legales muestra mayor dimensión en la población de edad más adulta (35 a 64 años), mientras que las sustancias ilegales tienen mayor impacto en el colectivo joven.

Los datos relativos al consumo de sustancias psicoactivas de las personas adultas mayores son escasos, lo que complica la estimación de la magnitud y las implicaciones del problema⁵⁶. No obstante, las previsiones para los próximos años son preocupantes y es probable que el consumo de sustancias por adultos mayores se convierta en un problema poco reconocido.

Las personas adultas mayores consumidoras de sustancias pueden dividirse en consumidores de iniciación temprana (supervivientes) o consumidores de iniciación tardía (reactivos). Los consumidores de iniciación temprana suelen tener una larga historia de consumo de sustancias que persiste en la vejez. Los consumidores de iniciación tardía suelen empezar a consumir sustancias debido a algún acontecimiento estresante de la vida, como la jubilación, el fracaso matrimonial, el aislamiento social o la pérdida de un ser querido.

Las Encuestas Nacionales de Adicciones excluyen personas mayores de 65 años

⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2011). Censo de Población y Vivienda, 2010 (Informe nacional y estatales), México. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx>

⁵⁶ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2008). Drogas en el punto de mira. Nota del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

de edad, por lo que el IAPA en colaboración con el Instituto para la Atención del Adulto Mayor (IAAM) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, (INPRM), realizaron un estudio en el 2012 para conocer la situación del consumo de sustancias en adultos mayores. Lo cual resulta necesario al considerar que gran parte del perfil epidemiológico y de la carga de enfermedad en nuestro país se relaciona con el consumo de sustancias psicoactivas y que los problemas de salud derivados de ellas que impactan justamente en edades avanzadas.⁵⁷

Alcohol

En el estudio mencionado con relación al consumo del alcohol en los últimos 12 meses, 32 % de la población estudiada consumió alcohol, asimismo, casi uno de cada dos varones y una de cada cuatro mujeres consumió alcohol. La edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 22 años

Tabaco

Se encontró que 10% de esta población consumió tabaco en los últimos 12 meses, mientras que 8% consumió diariamente en los últimos 12 meses de los cuales 12% eran hombres y 5% mujeres. Entre aquéllos que reportaron ser fumadores actuales fue común el intentar dejar de fumar, ya que 65% de la población reportó haberlo hecho alguna vez, y destacándose las mujeres con 74%.

Otras Drogas

En relación al consumo de alguna droga en el último año, se presentaron diferencias entre los hombres (5.0%) y las mujeres (3%). Con mayor frecuencia se reportó el uso de drogas ilícitas (2.0%) que el uso de drogas médicas fuera de prescripción (1.0 %). Sin embargo, mientras que en los hombres las drogas ilícitas (4.0 %) se reportaron más que las drogas médicas fuera de prescripción (0.6%), entre las mujeres la prevalencia de drogas ilícitas (1%) fue ligeramente menor que la de drogas fuera de prescripción (1.5%). Entre las drogas ilícitas, la más reportada fue marihuana (2.0 %), mientras que entre drogas médicas fueron los tranquilizantes (0.6%). La prevalencia de consumo de sustancias es mayor en hombres, con excepción de drogas médicas.

Aunque el consumo de drogas ilícitas es menos frecuente en los adultos mayores que en los más jóvenes, su prevalencia está aumentando; también, los consumidores de drogas con fines recreativos se están haciendo mayores y, dado que los programas de mantenimiento tienen más pacientes en tratamiento, el número de pacientes mayores es cada vez más elevado.⁵⁸

Factores de riesgo y vulnerabilidad

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos son causados por la

⁵⁷ Mendoza-Meléndez, M.A., Borges, G., López-Brambila, M.A., Aguilar-Bustos, O.E., Beltrán-Silva, M.A., Gallegos-Cari, A., Orozco, R., García-Pacheco, J.A., Velasco-Ángeles, L.R., Valdés-Corchado, P.E., Rodríguez-Velázquez, R.I., Medina-Mora Icaza, M.E., Camacho-Solís, R.E. (2013). Estudio sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adultos Mayores en la Ciudad de México. México: IAPA, INPRF, IAAM-DF.

⁵⁸ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2008). Drogas en el punto de mira. Nota del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.

Los adultos mayores se enfrentan a multitud de problemas ligados al envejecimiento, como por ejemplo la soledad, la depresión⁵⁹, la jubilación, la pérdida de familiares y amigos, el cambio de rol familiar, etc.; pero sobre todo, el no asumir que el envejecimiento es un fenómeno natural, universal, progresivo, ineludible e irreversible, lo que supone una clara diferenciación de las potencialidades de consumo en un adolescente frente a las de un adulto mayor. Simplemente son diferentes.

Así, si no acepta esta realidad, la persona adulta mayor puede empezar a sentir aislamiento, soledad y falta de comprensión y, como consecuencia de esto, pasar a la automedicación de psicofármacos o a solicitarlos insistentemente a los profesionales de la salud.

El envejecimiento eleva el riesgo de sufrir trastornos médicos dolorosos y la gran mayoría de las personas mayores declara haber experimentado recientemente algún tipo de dolor. Esto puede hacer que la persona inicie o mantenga un consumo indebido de sustancias (entre ellas el alcohol) para ayudarla a sobrellevar el dolor debido a la corta duración de sus efectos analgésicos. Por ejemplo, el dolor se menciona en ocasiones entre los motivos para el consumo terapéutico de cannabis.⁶⁰

El envejecimiento puede causar problemas psicológicos, sociales y de salud que actúan como factores de riesgo para el abuso de sustancias, pero que también pueden agravarse con el consumo de sustancias. Ahora bien, los pacientes mayores se toman en serio los programas terapéuticos y pueden conseguir unos resultados satisfactorios con el tratamiento.⁶¹

Los adultos mayores, atraviesan un periodo de transición importante que incluye el fin de la vida laboral, cambios en el ciclo familiar donde los hijos ya abandonaron el hogar o la situación contraria en dónde se hacen cargo de niños y adolescentes por no estar trabajando presentando diferencias generacionales, además de la muerte de algunos contemporáneos y cambios propios de la edad que en ocasiones pueden afectar su salud, es por ello que presentan condiciones de vulnerabilidad que les son características⁶².

A pesar de esta realidad, los datos recientes relacionados con el adulto mayor y las adicciones son mínimos, lo que limita el cálculo estimado del alcance y repercusión de dicho problema. Es necesario realizar mayor investigación diagnóstica y de modelos de prevención y atención para este grupo de población.

⁵⁹ Cogollo Milanés, Z., & Gómez-Bustamante, E. (2011). Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias ilegales en adultos de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (4), 723-733. Consultado en 07 de agosto de 2018

⁶⁰ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2008). Drogas en el punto de mira. Nota del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

⁶¹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2008). Drogas en el punto de mira. Nota del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

⁶² Guerrero-R, Nancy, & Yépez-Ch, María Clara. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*, 17(1), 121-131. Consultado en 02 de agosto 2018 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000100011&lng=en&tlng=es.

Sumado a lo anterior, los problemas de salud física y mental son más prevalentes en los consumidores mayores de sustancias; no obstante, la mayoría de los adultos mayores tienen un contacto regular con los servicios de atención primaria o con otros servicios sanitarios. Esta mayor prevalencia de enfermedades crónicas entre los ancianos, tales como la hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia, implica el crecimiento del consumo de medicamentos. También, se debe tener en mente que porcentajes importantes de la población adulta mayor tiene padecimientos mentales: depresión, deterioro cognitivo, y demencia, considerada como la primera causa de discapacidad para las personas adultas mayores.

El deterioro funcional debido a edad avanzada afecta la salud y la calidad de vida de las personas, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales, y se traduce en dificultades para realizar por sí mismas algunas actividades cotidianas, lo que incrementa las posibilidades de dependencia de cuidado.

Es importante considerar que el deterioro del estado de salud de las personas adultas mayores tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y la utilización de los servicios de salud, y sobre todo representan un trabajo adicional en los hogares, cuyos miembros dedican parte de su tiempo al cuidado de esas personas. En la actualidad, los cuidados son provistos esencialmente por las familias y en particular por las mujeres.

Las personas adultas mayores enfrentan problemas de acceso a servicios de salud, trabajo, educación, vivienda digna y en general, por carecer de los medios necesarios para su desarrollo integral.⁶³ Estas carencias se traducen además en la vulneración de otros derechos, como la toma de decisiones a nivel personal y familiar que están condicionadas por las formas en que las familias asumen la manutención y bienestar de la persona adulta mayor. Finalmente, esta situación también se traduce en distintas formas de abandono y maltrato que pocas veces son denunciadas por quienes las sufren y sancionadas por las autoridades competentes.

Consecuencias del consumo de sustancias

Existen dos grupos de bebedores en esta edad: aquellos que comenzaron desde su juventud y que pueden presentar algunos daños en el organismo, como cirrosis; y los afectados por alcoholismo tardío, que beben en respuesta a un hecho o pérdida traumática, como el divorcio, el fallecimiento del cónyuge, una enfermedad grave o la jubilación.

Es importante subrayar que el consumo de alcohol en este grupo de edad se asocia con síntomas depresivos y que las intervenciones terapéuticas suelen ser más exitosas en este grupo de edad, sobre todo en los alcohólicos de inicio tardío.

Las cifras indican que los adultos mayores presentan un riesgo relativamente alto de tener problemas con la bebida. El uso combinado de alcohol y otras sustancias, por ejemplo medicamentos, aumenta el riesgo de problemas sociales, psicológicos

⁶³ Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED). Personas Adultas Mayores. Disponible en: <http://data.copred.cdmx.gob.mx/por-la-no-discriminacion/personas-adultas-mayores/>

y físicos, y puede causar dificultades incluso cuando el consumo de alcohol es ligero o moderado.

Por otra parte, la persona adulta mayor es más vulnerable al uso de alcohol y drogas que los jóvenes, entre los factores que explican estas diferencias se encuentran; la disminución de la masa muscular, del agua corporal y de la filtración glomerular del adulto mayor por lo que los niveles de sustancias y drogas solubles en el agua como el alcohol, aumentan su nivel en la sangre. Además existe un aumento de la interacción del alcohol con múltiples medicamentos⁶⁴.

El uso de tabaco sigue ocupando una posición significativa como factor de riesgo para la salud y la mortalidad, vigente aun en edades avanzadas y las campañas de promoción de la salud deben incluir también a las personas de mayor edad.

El consumo de drogas médicas (donde se incluyen los tranquilizantes y/o somníferos) ocurre con o sin receta médica, lo que puede indicar un inicio del consumo derivado de una prescripción médica necesaria. El consumo de psicofármacos prescritos clínicamente o automedicados supone un importante problema de adicción en este rango de edad.

La gran cantidad de medicamentos que suele consumir este sector de la población, debido a los múltiples problemas de salud que se van presentando con el aumento de la edad, afecta el organismo de forma paulatina y en ocasiones de manera grave.

Si bien el consumo de varios fármacos o medicamentos entre la población adulta mayor es una realidad conocida; por el contrario, no es tan sabido que muchos de estos medicamentos crean problemas de adicción. Un alto porcentaje de las personas adultas mayores no reconocen tener un problema de adicción, puesto que lo asocian a drogas ilegales y juventud.

Especialmente, con el aumento de la edad se ve afectado el proceso de eliminación de sustancias, por lo que estas pasan más tiempo en el organismo; si a esto se le suma la cantidad de medicamentos consumidos, se explica por qué el deterioro que producen las sustancias psicoactivas es mayor en las personas mayores.

A su vez, debido al envejecimiento, se presenta deterioro cerebral, de modo que los efectos de los psicofármacos serán mayores en los ancianos que en los adultos y jóvenes y, por tanto, su consumo inadecuado será también más peligroso.

Las personas mayores metabolizan las drogas más lentamente y el cerebro puede hacerse más sensible a los efectos de las drogas con la edad. Muchos estimulantes producen alteraciones en el funcionamiento de los receptores cerebrales, lo que suscita preocupación por sus efectos a largo plazo. Esos problemas pueden interaccionar con otros procesos y acelerar la progresión o aumentar la gravedad de las alteraciones neurocognitivas asociadas al envejecimiento.⁶⁵

Por otra parte, en las personas adultas mayores, el problema del consumo de sustancias psicoactivas tiende a subestimarse, a minimizarse y por lo tanto no se

⁶⁴ Fundación de Investigaciones Sociales A.C. Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México

⁶⁵ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2008). Drogas en el punto de mira. Nota del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

diagnostica. Existen diversas razones por las cuales la familia y el personal de salud no detectan o reportan este problema: los signos y síntomas que se presentan se atribuyen a otras enfermedades crónicas o al envejecimiento, se confunde con demencia o depresión, el personal de salud puede considerar embarazoso preguntarle al adulto mayor sobre consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Se sabe relativamente poco sobre el tratamiento del consumo de sustancias en los adultos mayores. El número de adultos mayores con problemas de consumo de sustancias impondrá nuevas y mayores demandas a los servicios asistenciales. Los programas orientados sobre todo al tratamiento de poblaciones jóvenes tendrán que adaptarse para atender las necesidades de este grupo de más edad.

Poblaciones vulnerables: Personas Indígenas

Se define a las poblaciones indígenas como aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, siendo la conciencia de la identidad indígena el criterio fundamental para determinarlos como tales, es decir, que se autodescriben. Sin embargo, el criterio lingüístico utilizado por el INEGI⁶⁶ ha sido el medio para definir el tamaño de la población indígena y caracterizarla a partir de sus condiciones socioeconómicas.

Los pueblos originarios tienen una serie de rasgos particulares –como lenguaje, usos, costumbres y tradiciones, entre otras-, diferenciados al resto de la población. Sufren de pobreza y marginación que se traducen en rezago educativo, desempleo y problemas de salud. La inasistencia escolar de los niños y adolescentes que hablan lengua indígena se asocia a cuestiones sociales; mientras que las niñas no asisten por cuestiones de prejuicios de género en la familia; o por razones económicas, debido a que en algunos casos se privilegia el desarrollo del trabajo.

Además de los pueblos originarios, la capital del país continúa siendo una zona receptora de población indígena. En el año 2010, en la Ciudad de México se tenía registrado a 123,224 personas de 3 años y más que hablan alguna lengua indígena, cifra que representa 1.5% del total de la población. 32.9% de ellos tenían entre 3 y 29 años de edad.⁶⁷ Las lenguas indígenas con un mayor número de hablantes son: náhuatl, mixteco, otomí, mazateco, zapoteco, mazahua y totonaca; 82.7% de los hablantes de lengua indígena hablan español.

Actualmente el INEGI (2015)⁶⁸ plantea que la población que se auto reconoce como indígena en la CDMX es de 784,605 personas, 52.1% son mujeres y el 47.9% son hombres, señalando, también que 129, 297 personas hablan una lengua indígena.

Hasta un cierto punto, los pueblos indígenas que habitan en la actualidad en la Ciudad de México han conseguido preservar su identidad y su lengua, transmitiendo su cultura y su idioma a las nuevas generaciones. Sin embargo, y a pesar de la

⁶⁶ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2011). Censo de Población y Vivienda, 2010 (Informe nacional y estatales), México. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx>

⁶⁷ Es importante señalar que existe una población considerable de personas pertenecientes a pueblos indígenas que no viven en el D.F. pero trabajan o transitan en él, y esta población no está cuantificada.

⁶⁸ INEGI (2018) infografía: Día Internacional de los pueblos indígenas. 9 de agosto. Fuente INEGI Encuesta Inter censal 2015.

enorme riqueza cultural de estos pueblos, la población indígena es uno de los grupos con mayor rezago y marginación del país y no están exentos de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas.

Situación de consumo de drogas

Alcohol

En el Estudio Sobre Patrones de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Indígena Residente y Originaria de la Ciudad de México, realizado en 2014⁶⁹, se encontró que los hombres jóvenes y adultos son sistemáticamente señalados como los principales consumidores de alcohol.

En relación con el patrón de consumo problemático de alcohol, alcanza entre 26.2% y 30% en hombres y entre 21.6% y 23.9% en mujeres. Entre estudiantes indígenas 46.0% lo ha consumido en el último año, 50.0% de hombres y 47% de mujeres, y 23% abusa del alcohol, dato semejante entre hombres y mujeres.

Además, según los datos reportados por la Encuesta de estudiantes de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México y sus Delegaciones políticas 2012⁷⁰, indican que el consumo de alcohol es un fenómeno experimentado por cerca de la mitad de la población de estudiantes indígenas (47.4% hombres y 49.7 % mujeres).

Tabaco

El tabaco junto con el alcohol son las sustancias más usadas, y causantes del mayor daño entre las comunidades indígenas. El 23% de la población ha consumido tabaco durante el último año y casi 8% presenta consumo diario, sin que se encuentren diferencias entre hombres y mujeres.

Otras drogas

Considerando la escasa información es necesario comentar que, en relación con el consumo de otras drogas, 25% de mujeres las ha consumido alguna vez en la vida, mientras que para hombres 27%. Las principales drogas consumidas son marihuana, seguida de inhalables (la de mayor consumo entre mujeres), cocaína y drogas médicas.

Dentro de la droga médicas con potencial adictivo usadas fuera de prescripción sobresalen los tranquilizantes (6.5% en hombres y 5.7% en mujeres) y entre las drogas ilegales sobresale la marihuana (17% y 13% respectivamente) e inhalables (11% en hombres y 14% en mujeres). Sin embargo, es un hecho que a la fecha no existen aún estadísticas precisas, que informen sobre las características del consumo de alcohol en las diversas comunidades indígenas de la Ciudad.

Factores de riesgo y vulnerabilidad

En los pueblos indígenas mexicanos, el consumo de bebidas alcohólicas está profundamente asociado con sus prácticas tradicionales, con sus costumbres

⁶⁹ Vega L., Rendón A., Gutiérrez R., Villatoro J., Vargas A., Juárez A., Severiano E., Sánchez V., Trejo, S. (2015) Estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena, residente y originaria de la Ciudad de México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México.

⁷⁰ Villatoro J. Encuesta de Consumo de Estudiantes en la Ciudad de México 2012 (ENCODE 2012) y Villatoro J. Panorama actual del consumo de sustancias en estudiantes de la Ciudad de México 2014.

religiosas, con sus modos de subsistencia y particularmente, con la marginación de la que han sido objeto históricamente.

Entre algunos pueblos indígenas, el alcohol juega un papel importante como vehículo hacia la espiritualidad y como insumo en la medicina tradicional, ya que es utilizado con otros componentes en la elaboración de sustancias curativas; en muchas ocasiones no necesariamente es ingerido.⁷¹

Sin embargo, se sabe que los patrones de consumo excesivo de alcohol son distintos a los del resto de la población, que están ligados a costumbres machistas, y que los niños y las mujeres son los grupos más vulnerables. Sin embargo, es un hecho que a la fecha no existen aún estadísticas precisas, que informen sobre las características del consumo de alcohol en las diversas comunidades indígenas de la Ciudad.

El consumo de alcohol en las comunidades indígenas es asociado con problemas de salud, daño social, y destrucción de la cultura y de los valores indígenas. Sin embargo, el grado y la repercusión del consumo de alcohol son todavía, en gran parte desconocidos, y las políticas no se han dirigido específicamente a esta población vulnerable. Poco se sabe acerca de qué se puede hacer para reducir los problemas sociales y de salud relacionados con el alcohol entre estas comunidades; cuáles son los recursos existentes en las comunidades para enfrentar este problema y qué políticas funcionarían con ellos.⁷²

El alcohol junto con el tabaco son las sustancias más usadas, y causantes del mayor daño entre las comunidades indígenas. Esta población es especialmente vulnerable dados sus niveles de pobreza y el limitado acceso a la salud, la educación y otros servicios apropiados para la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, así como también, la influencia de su pasado colonial.

Consecuencias del consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas, particularmente de alcohol entre la población indígena, puede generar la pérdida de las costumbres, el idioma, las creencias y las formas de organización, para después afectar al grupo en su conjunto. Es decir, los problemas derivados de la adicción a sustancias funcionan como un factor de desintegración personal y social que afecta a los grupos sociales y culturales en condición de fragilidad por la explotación, violencia y discriminación.⁷³

De acuerdo con la Encuesta nacional de discriminación 2017 del INEGI, 40.3% de la población indígena declaró que se le discriminó debido a su condición de persona indígena, los principales ámbitos donde percibieron haber sido discriminadas en el último año, son los servicios médicos, la calle o transporte público, y en la familia.

⁷¹ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2008) Informe general de la Consulta sobre Alcoholismo y Pueblos Indígenas

⁷² Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). Alcohol y Salud de los Pueblos Indígenas. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AlcoholYSaludIndigena06.pdf>

⁷³ Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) (2012). Recomendaciones con Enfoque Intercultural para la Prevención del Consumo de Alcohol y Alcoholismo en Comunidades Indígenas.

Es indispensable que la prevención de las adicciones, particularmente entre la población indígena sea un programa permanente e integral en el sector educativo, sobre todo en nivel básico, y que involucre la acción de otros agentes comunitarios y sociales que trabajan el tema; y bajo una perspectiva multifactorial y multicultural, será necesario capacitar al personal que participa en la atención a la salud en comunidades indígenas en relación con este problema.

El caso del consumo ritual, se deben establecer límites atendiendo las propuestas de las comunidades que reflejen la diversidad de los pueblos. También, el uso terapéutico del alcohol queda en manos de los médicos tradicionales y sus organizaciones; debe participar al sector salud en esta acción.

Finalmente, es necesario favorecer y contribuir a la creación de espacios de apoyo, reflexión y contención para los adolescentes indígenas en sus propias comunidades, orientados a fortalecer sus capacidades (individuales, familiares y comunitarias) para enfrentar nuevos riesgos a los que son vulnerables los y las jóvenes indígenas, tales como adicciones a diversas drogas, embarazos adolescentes, violencia de género, comportamientos violentos en general, trata de personas, actividades delictivas, migración, nuevas enfermedades (principalmente diabetes, obesidad y enfermedades de transmisión sexual).⁷⁴

Poblaciones vulnerables: Personas privadas de la libertad

Las personas privadas de su libertad debido a conductas criminales y que permanecen al interior de un centro son una población altamente vulnerable, tienen un trato regulado por el artículo 18 de la Constitución que establece dentro de sus objetivos la reinserción social, a través del trabajo, la capacitación para el mismo, educación, salud y deporte, factores esenciales para lograr un cambio en la actitud del interno, aprovechando el tiempo de privación de libertad para desarrollar sus capacidades y así evitar con ello su reincidencia, sin soslayar al interno como persona y sobre todo respetando sus derechos humanos. Sin embargo, en los Centros de Reclusión de la Ciudad de México a pesar de estar prohibido el uso, consumo y posesión de bebidas alcohólicas, estupefacientes, psicotrópicos y sustancias tóxicas, por ser contrario a la readaptación social (Artículo, 90; Reglamento de los Centros de Reclusión), existe la presencia de este complejo problema que debe reconocerse y atenderse.

Las personas que viven en reclusión, padecen el estigma relacionado con el uso de drogas de manera adicional a otros procesos de estigma por su pertenencia a grupos históricamente desfavorecidos, independientemente de que consuman sustancias psicoactivas, por ello es necesario identificar las dimensiones del consumo de sustancias en estos centros, No obstante, debido al contexto de sujeción en que se encuentran las personas privadas de la libertad, se puede suponer la existencia de un sub registro del uso de drogas.

El consumo de drogas en los centros penitenciarios mexicanos, está presente con patrones de consumo que van de moderado a excesivo, favorecida por condiciones

⁷⁴ UNICEF-CIESAS (2012). Panorama de la adolescencia indígena en México desde una perspectiva de derechos humanos. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/spanish/AdolescentesindigenasenMexicoBaja.pdf>

ambientales y sociales como lo son la disponibilidad de tiempo libre, fácil acceso a ellas, hacinamiento, sobrepoblación, tolerancia hacia el consumo, entre otros.⁷⁵

Consumo de sustancias

En el Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011⁷⁶ se advierte el uso generalizado de sustancias psicoactivas entre la población penitenciaria. Lo anterior también se evidencia a través de las quejas investigadas por la CDHDF entre enero de 2012 y junio de 2013, en las que 182 abordan el tema relacionado con el uso de drogas en estos recintos.

El consumo de drogas, está presente como una práctica habitual con patrones de consumo que van de moderado a excesivo, el Sistema Penitenciario de la capital atiende en la actualidad a tres mil 591 personas privadas de la libertad por problemas de consumo de drogas, de las cuales 482 son mujeres.

Alcohol

En el Informe especial 2010 – 2011, se encontró una prevalencia de consumo de alcohol del 7%, misma que puede explicarse al considerar la dificultad de mantener el alcohol oculto a las dificultades para introducirlo en las cantidades necesarias para alcanzar estados de intoxicación, a la disponibilidad de otras sustancias y a que su consumo con intoxicación o sin ella se evidencia fácilmente.

Tabaco

En el Informe especial 2010-2011, se destaca que 57% de las personas fuma tabaco, que representa la prevalencia más alta de consumo de cualquier sustancia y que si bien pareciera representar un consumo no problemático, si tiene una importante incidencia en los riesgos y daños a la salud de esta población.

Drogas

Citando nuevamente el informe mencionado, se encontró una prevalencia de 17% de las personas que reportaron consumir algún tipo de droga ilegal o médica.

Las autoridades estiman que 50% de los internos consumen drogas regularmente, tratando de esclarecer las características del patrón de consumo y la prevalencia de sustancias en específico, se puede citar una revisión de 172 internos del reclusorio preventivo varonil sur⁷⁷ se encontró que la principal sustancia de consumo, era la cocaína en piedra (crack) en 40%, seguido de mariguana en 20%, y en personas con un patrón de policonsumo se encontraba que la combinación de mariguana y crack era la más utilizada (40%).

⁷⁵ Castellanos G.E. (2008). Consumo de drogas y VIH/SIDA en el contexto penitenciario de la Ciudad de México, *Revista Psicología para América Latina*, recuperado el 21 de Octubre de 2013 de http://pepsic.bvsalud.org/scielophp?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300013&lng=es&nrm=iso.

⁷⁶ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2011) Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011. Consultado en: https://piensadh.cdhdh.org.mx/images/publicaciones/Informe_especial/2011_Informe_esp_salud_reclusion.pdf

⁷⁷ Monroy, R. (2007). Aplicación del aprendizaje de la maestría en psicología de las adicciones en una institución de prisión para tratar la conducta adictiva y el caso de un bebedor problema (tesis de maestría). México: Facultad de Psicología, UNAM

En un estudio sobre abuso de sustancias de mujeres en prisión⁷⁸ se reportó que 77.9% habían usado cocaína, 67.1% marihuana y 46% sedantes. 41.4% de las mujeres admitieron haber cometido un delito bajo el efecto de las drogas, y la sustancia más reportada fue cocaína en 27.7% y sus combinaciones (con alcohol, marihuana o disolventes). Le siguieron en orden decreciente flunitrazepam (3.4%), marihuana (2.9%), alcohol (2.9%), inhalables (1%) y anfetaminas (0.5%). Las sustancias más populares en las prisiones son cocaína, marihuana e inhalables; estas drogas también son las más comunes que se relacionan con actos delictivos.

Así pues, las sustancias más populares en las prisiones son la cocaína, la marihuana y los inhalables. Estas drogas también son las más comúnmente relacionadas con actos delictivos.

La relación entre el consumo de sustancias y la delincuencia responde a tres posibilidades: el consumo de drogas previo a la delincuencia, que la delincuencia lleva a la drogadicción y que ambas se originan a partir de determinantes comunes.

Algunos autores coinciden en que la comisión de delitos está íntimamente vinculada al consumo de drogas, ya que alrededor de un 60% de quienes se encuentran en prisión cometieron el delito bajo los efectos del alcohol y/o alguna droga, o la finalidad de delinquir fue conseguir dinero para financiar su adicción.^{79, 80}

Factores de riesgo y vulnerabilidad.

Considerando que la cárcel se torna un escenario complejo debido a las condiciones de vida en las que se encuentran las y los internos, caracterizadas por: hacinamiento, sobrepoblación, déficit para atención de la salud, corrupción, falta de oportunidades educativas y laborales, violencia, etc.; es difícil concebir que pueda construirse como un espacio donde se puede brindar tratamiento para dejar de consumir drogas.⁸¹

La cárcel resulta un lugar particularmente complejo para vivir o sobrevivir. Los internos suelen referir una situación emocional cambiante, con una percepción de frustración mantenida, desánimo, desinterés y una actitud pasiva de espera.

Las personas privadas de su libertad se enfrentan a situaciones extremas de naturaleza social y psicológica que generan ajustes y cambios de conducta⁸². El aislamiento, la separación de su núcleo familiar, el temor de lo que pueda ocurrir, el convivir con compañeros impuestos, la estigmatización y la condena definitiva de hasta 50 años, son algunos de los factores precipitantes de estados depresivos, de angustia, de agresividad, sentimientos de soledad, intentos de suicidio y consumo de drogas⁸³.

⁷⁸ Romero, M., Rodríguez E., Durant, A., Colmenares, E. et al. (2007) Mujeres en prisión y abuso de sustancias psicoactivas. *Género y Salud Cifras*, 5(1): 14-20.

⁷⁹ Medina-Mora, M.E.; Real, T.; Villatoro, J. y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 55 (1), 67-73.

⁸⁰ Castellanos, G.E. 2015. Detección de Drogas y Tratamiento de Adicciones en dos Centros Penitenciarios de la Ciudad de México. Integración Académica en Psicología Volumen 3. Número 7. 2015

⁸¹ Castellanos, G.E. 2015. Detección de Drogas y Tratamiento de Adicciones en dos Centros Penitenciarios de la Ciudad de México. Integración Académica en Psicología Volumen 3. Número 7. 2015

⁸² McDermott y Sokolov, G. (2009). Malingering in a correctional setting: the use of the Structured Interview of Reported Symptoms in a jail sample. *Behav Sci Law*. Sept-Oct: 27(5):753-765

⁸³ McDermott y Sokolov, G. (2009). Malingering in a correctional setting: the use of the Structured Interview of Reported Symptoms in a jail sample. *Behav Sci Law*. Sept-Oct: 27(5):753-765.

Las historias de los detenidos y las detenidas giran siempre en torno a los mismos factores: pobreza, marginación, adicciones. De acuerdo al estudio del CIDE Delito y Cárcel en México, deterioro social y desempeño institucional⁸⁴, entre los reclusos del Distrito Federal, 5.0 por ciento reportó uso de drogas ilegales en el hogar de su niñez; también se detecta una tendencia incremental entre 2002 y 2013, al pasar de 3.0 por ciento a 9.7 por ciento.

También, uno de cada cuatro reclusos reportó la presencia de un adulto preso en el hogar de su niñez; igualmente se detecta una tendencia significativamente incremental entre 2002 y 2013, al pasar de 19.5 por ciento a 32.8 por ciento.

Las autoridades estiman que 50% de los internos consumen droga regularmente. El medio carcelario puede ser facilitador para el inicio de consumo de drogas, ya sea por ocio o como medio de evasión de la realidad. Por otro lado, algunos internos se ven obligados a abstenerse del consumo de drogas por falta de solvencia, lo cual ocasiona estados de ansiedad y síndromes de abstinencia⁸⁵.

Percepción de disponibilidad

La persona que de forma habitual tiene cualquier tipo de relación con la droga, puede acabar en prisión, al mismo tiempo que las prisiones son caldo de cultivo para el consumo. No son pocas las personas no consumidoras que se han iniciado en el abuso de sustancias precisamente durante su permanencia en prisión; además, el tráfico de drogas dentro de las prisiones forma parte de la dinámica cotidiana, estableciéndose el binomio consumo-tráfico. En un estudio realizado en 2007 en dos centros penitenciarios del Distrito Federal, el 17% de los entrevistados reportaron haber iniciado el consumo de drogas cuando ingresaron a prisión.⁸⁶

Respecto del uso de drogas entre las personas adultas privadas de la libertad en centros de reclusión de la Ciudad de México, el estudio del CIDE, los internos señalaron que sí se consumen drogas en la institución, y de ellos la mayoría (51%) afirmó que son las y los custodios los que introducen la droga en los centros penitenciarios, 20% que son los familiares y 18% responsabilizó a los funcionarios.⁸⁷

Consecuencias del consumo

El consumo de drogas se agrava cuando ocurre dentro de los centros penitenciarios ya que no solo producen daños a los reclusos, sino que afectan al sistema penitenciario debido a que incrementan la violencia y la corrupción. Ocurren riñas y agresiones físicas debido a que quienes consumen roban pertenencias para venderlas o empeñarlas y obtener dinero para pagar sus deudas o comprar más droga, además, una práctica común entre quienes distribuyen droga es que lesionen o maten a los internos que deben fuertes cantidades de dinero, como una medida

⁸⁴ CIDE (2014). Delito y Cárcel en México, deterioro social y desempeño institucional Reporte histórico de la población carcelaria en el Distrito Federal y el Estado de México, 2002 a 2013: Indicadores clave

⁸⁵ Bergman, M., y Azaola, E. (2007). Cárceles en México: Cuadros de una crisis. Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana, 1:74-87.

⁸⁶ Castellanos, G.E. (2007). La representación social de las drogas en un grupo de varones en reclusión en dos centros penitenciarios mexicanos. Anales en psicología, 23 (1), 85-91.

⁸⁷ CIDE. 2014. Delito y Cárcel en México, deterioro social y desempeño institucional Reporte histórico de la población carcelaria en el Distrito Federal y el Estado de México, 2002 a 2013: Indicadores clave

de ejercer presión entre los deudores e intimidarlos para que paguen. Por otro lado se reconoce la venta, posesión y el consumo de drogas a cambio de dinero.⁸⁸

Estas prácticas favorecen la diseminación de infecciones de transmisión sexual tales como hepatitis B y VIH/SIDA. Es frecuente que los internos adictos definan su adicción en términos de los problemas que les ha generado en diversas áreas de su vida: pérdida de la libertad al involucrarse en la comisión de delitos, disminución de la salud física y emocional, ruptura de la relación de pareja y familiar, pérdida de oportunidades académicas, laborales y económicas, poner en riesgo la integridad física e incluso la vida.⁸⁹

Respecto de las personas privadas de la libertad en la Ciudad de México, la Subsecretaría de Gobierno reportó que el uso y dependencia de sustancias psicoactivas de personas privadas de la libertad representan una gama del problema de salud pública, así como implicaciones en distintas formas de violencia.⁹⁰

Tratamiento

El derecho internacional de los derechos humanos reconoce obligaciones reforzadas específicas de los Estados para las personas usuarias de drogas que se encuentran en situación de reclusión, como su derecho a tener acceso a servicios de salud específicos que obedezcan a sus necesidades especiales, entre los que se incluyen los servicios de reducción de daños y los servicios de tratamiento de la dependencia a las drogas.⁹¹

Actualmente el sistema penitenciario cuenta con doce espacios de atención y tratamiento en adicciones en diez centros penitenciarios de los once que lo conforman. Sin embargo, no se cuenta con herramientas para evaluar la eficacia que estos han tenido sobre la población que han impactado;⁹² razón que hace necesaria su evaluación.

En los centros de reclusión de la Ciudad de México son atendidos a través del Programa de Atención Integral a las Adicciones, por medio del cual se intenta rehabilitar y ayudar a los presos que consumen sustancias psicoactivas. En el programa de rehabilitación también participa el Instituto de Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México y Alcohólicos Anónimos.

Sin embargo, en el Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011, la CDHDF advirtió que estos esfuerzos eran limitados ante la falta de recursos humanos y materiales, así como de la capacidad reducida frente a la demanda. En

⁸⁸ Castellanos, G.E. (2007). La representación social de las drogas en un grupo de varones en reclusión en dos centros penitenciarios mexicanos. *Anales en psicología*, 23 (1), 85-91.

⁸⁹ Castellanos G.E. 2013. (2013). Del vicio a la enfermedad: representaciones sociales de la adicción en la cárcel, *Alternativas en Psicología*, 29, recuperado de <http://alternativas.me/index.php/num29/42-2-del-vicio-a-la-enfermedad-representaciones-sociales-de-la-adiccion-en-la-carcel>.

⁹⁰ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2011) Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2010-2011. Consultado en: https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/Informe_especial/2011_Informe_esp_salud_reclusion.pdf

⁹¹ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2014) Drogas y derechos humanos en la ciudad de México 2012-2013. Informe Especial. Disponible en: http://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/09/informe_drogas.pdf

⁹² Castellanos, G.E. 2015. Detección de Drogas y Tratamiento de Adicciones en dos Centros Penitenciarios de la Ciudad de México. Integración Académica en Psicología Volumen 3. Número 7. 2015

vista de la incidencia del uso de drogas entre la población penitenciaria, se recomendaba la generalización de estos programas a toda la población.⁹³

Poblaciones vulnerables: Menores en conflicto con la Ley

Las personas menores de edad son miembros de la sociedad que se encuentran en una situación de vulnerabilidad y, por tanto, requieren les sean reconocidos y garantizados los derechos propios de su condición.

Cuando una persona adolescente comete una conducta calificada como delito, la exigencia no puede ser la misma que para una persona adulta, no porque se trate de alguien en desarrollo o en formación, como estipula el modelo tutelar, sino porque la situación estructural de las personas en ese momento de la vida es económica, social, política y culturalmente desventajosa en relación con las y los adultos.⁹⁴

La suscripción de la “Convención sobre los Derechos el Niño” obligó a un sistema de procuración e impartición de justicia penal orientado a conceder a niñas, niños y adolescentes, la calidad de sujetos de derecho y titulares de garantías. Lo que significó la transformación del Sistema Integral de Justicia para Adolescentes en la Ciudad de México en el cual se utiliza la medida de internamiento como último recurso, priorizando medidas alternas.

En el 2016 al entrar en vigor la Ley Nacional del Sistema Integral de Justicia Penal para Adolescentes, donde continúa el modelo garantista y además existen criterios de oportunidad, lo que se refiere a que los y las adolescentes previo a iniciar su proceso, tienen alternativas de resolverlo, existe también la suspensión condicional a proceso, los centros de Mediación y la Unidad de Supervisión de Medidas Cautelares, previo a llegar con la Dirección General de Tratamiento para Adolescentes.

Estas modificaciones tuvieron como efecto la tendencia a la baja del número de adolescentes con medidas judiciales en comunidades de la Dirección General de Tratamiento para Adolescentes (DGTPA) pertenecientes a la Secretaría de Gobierno de la Ciudad de México. Para 2018 se reportan 68 adolescentes en internamiento preventivo y 50 adolescentes en externamiento.

De acuerdo a un estudio del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) de 2016, en relación con las condiciones de vida que precedieron al delito, como la escolaridad y su situación socioeconómica, cabe destacar lo siguiente. 4% nunca fue a la escuela, 15% sólo cursó primaria incompleta, 17% cursó primaria completa, 28% cursó secundaria incompleta, 20% cursó secundaria completa, y 16% cursó algún grado de la preparatoria; y el 53% dijo que no le gustaba la escuela.⁹⁵

Otro dato interesante, 89% de las y los adolescentes habían trabajado antes de ser privados de su libertad, siempre en condiciones precarias y con bajos salarios

⁹³ CDHDF (2011). Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en centros de reclusión del Distrito Federal 2010- 2011, México, CDHDF.

⁹⁴ CDHDF (2009). Informe especial sobre el sistema de justicia para adolescentes en el Distrito Federal _ 2008-2009.

⁹⁵ CIESAS CDHDF 2016. Informe Especial. Adolescentes: vulnerabilidad y violencia. Ciudad de México

(jornaleros, vendedores de frutas, tacos, pizzas, flores, repartidores, cargadores, cerillos o ayudantes de albañil, mecánico, herrero, pintor, etc.).

Consumo de sustancias

Es importante considerar que la población representa una muestra muy pequeña y que las prevalencias de consumo en población entre 12 a 18 años, puede representar un sesgo de subregistro en las encuestas en hogares ya que en presencia de los padres se puede negar y un sobre registro en las encuestas en estudiantes como un modo de alardear ante el grupo de pares. Asimismo, al considerar los patrones de consumo en las poblaciones de las personas privadas de su libertad se presenta la probabilidad de que los patrones de consumo se asemejen en el futuro de los menores conforme crezcan y se dé la posibilidad de que continúen con una trayectoria delictiva.

Alcohol

En el Informe Especial Adolescentes: vulnerabilidad y violencia en la CDMX, realizado por el CIESAS y la CDHDF en 2016⁹⁶, en relación con las condiciones de vulnerabilidad que precedieron a la comisión del delito, cabe destacar los siguientes hallazgos relativos a la familia de los y las adolescentes, en que mencionaban que 68% consumió alcohol y diversas drogas antes de cometer el delito.

Tabaco

No se encuentran datos de prevalencia de tabaco en esta población, no obstante como se mencionó se estima que es semejante el uso al patrón de consumo registrado en otros estudios como la ENCODAT 2016 por lo que es importante tener en cuenta que el consumo actual de tabaco (últimos 30 días) en adolescentes es 8.7%, el consumo ocasional (fuma pero no diariamente) representa 8.2% y el consumo diario (al menos un cigarro al día) en adolescentes es 0.6%. El consumo de tabaco está presente en las y los menores en conflicto con la ley y puede agravarse si no se interviene oportunamente en esta población.

Drogas

De acuerdo al Informe del CIESAS y la CDHDF, de los menores en conflicto con la ley internados en los centros, 68% dijeron que, antes de ingresar al centro de internamiento, consumían drogas diariamente (en su mayoría, marihuana, aunque habían probado todo tipo de drogas; sin embargo, otros consumían frecuentemente también cocaína, piedra, disolventes y pastillas. Sólo unos cuantos habían llegado a consumir heroína o LSD).

Factores de riesgo y vulnerabilidad

En relación con las condiciones de vulnerabilidad que precedieron a la comisión del delito, cabe destacar los siguientes hallazgos relativos a la familia de los y las adolescentes, 68% consumía alcohol y diversas drogas antes de cometer el delito, del 62% sus padres estaban separados y en el 60% uno o varios familiares habían estado en prisión⁹⁷.

Sin duda, el contexto social predispone e incluso puede fomentar la exclusión: el sistema genera periferias sociales, económicas, culturales, aceptando su existencia

⁹⁶ CIESAS CDHDF 2016. Informe Especial. Adolescentes: vulnerabilidad y violencia. Ciudad de México

⁹⁷ CIESAS CDHDF 2016. Informe Especial. Adolescentes: vulnerabilidad y violencia. Ciudad de México

y se hace cargo de ellas. El sistema económico domina y sitúa al margen a los grupos de población vulnerable y las excluye, creando situaciones y economías marginales ante necesidades y realidades toleradas.

Partiendo de la premisa de que todas y todos los adolescentes en conflicto con la ley regresarán a la sociedad de donde fueron extraídos, los programas de atención entre este tipo de población deben de ser permanentes.

Acceso a tratamiento

Los desafíos que plantean la reinserción social y familiar de esta población son enormes ^{a fin de} dotar a los jóvenes de herramientas que les permitan reincorporarse de manera sana y productiva a la sociedad.⁹⁸ Por otra parte, de acuerdo a un informe de la CNDH⁹⁹, los centros para adolescentes que infringen las leyes penales no cuentan con programas especializados para el tratamiento de adicciones y la calidad de las terapias ofrecidas es variable.¹⁰⁰

De ahí la necesidad de que la prevención y el tratamiento para adicciones debería ser de alta calidad y especializado tanto para hombres como para mujeres, ya que ellas suelen ser dejadas de lado en la mayor parte de los programas con que cuentan estas instituciones.

Poblaciones vulnerables: personas integrantes de las poblaciones callejeras

La población callejera es un grupo social diverso, conformado por niñas, niños, personas jóvenes, mujeres, familias, personas adultas mayores, personas con discapacidad y otras con diversos problemas de salud y adicciones. En general el término se refiere a toda persona o grupos de personas con o sin relación entre sí, que subsisten en la calle o el espacio público utilizando recursos propios y precarios para satisfacer sus necesidades elementales. El término “poblaciones callejeras” se usa para nombrar “a quienes comparten la misma red social de sobrevivencia y en conjunto han gestado una cultura callejera.”¹⁰¹

Se trata de un grupo poblacional que se caracteriza por ser heterogéneo en su composición, teniendo en común la extrema pobreza, los vínculos familiares quebrados o fragilizados, y la inexistencia de vivienda convencional regular, factores que obligan a estas personas a buscar espacios públicos (calles, veredas, plazas, puentes, etc.) y áreas degradadas (edificios, coches abandonados, etc.) como espacio de vivienda y subsistencia, de manera temporal o permanente, utilizando para pernoctar lugares administrados institucionalmente como albergues, casas de asistencia, además de diferentes tipos de viviendas provisorias.

De acuerdo a los datos preliminares del Censo en Poblaciones Callejeras 2017¹⁰², existen 6 mil 774 personas en situación de calle en la Ciudad de México, de los

⁹⁸ Azaola E. 2015. *Diagnóstico de las y los adolescentes que cometen delitos graves en México*. UNICEF

⁹⁹ CNDH. 2017. Informe 1/2017 sobre los Centros para Adolescentes que infringen las leyes penales.

¹⁰⁰ Azaola E. 2015. *Diagnóstico de las y los adolescentes que cometen delitos graves en México*. UNICEF

¹⁰¹ Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, “Capítulo 31. Derechos de las Poblaciones Callejeras”, en Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal, México 2009.

¹⁰² Secretaría de Desarrollo Social (2017) Resultados Preliminares del Censo en Poblaciones Callejeras 2017. Disponible en: http://189.240.34.179/Transparencia_sedeso/wp-content/uploads/2017/Preeliminares.pdf

cuales el 87.27% son hombres y el 12.73% mujeres. Del total de personas en situación de calle el 39.2% trabaja.

Además, dichos datos arrojan que de las 6 mil 774 personas en situación de calle, el 65% recibió algún grado de educación. Entre ellos el 29% terminó la primaria, 23% secundaria, nivel medio superior 10%, nivel superior 3%; 9% señaló que sabe leer y escribir 9% y 11% no tiene ningún estudio.

En la CDMX existen 100 puntos de alta concentración (conformados por más de 5 personas) y 346 puntos de baja concentración (compuestos por menos de cinco)¹⁰³. La demarcación con mayor índice de población en situación de calle, es la delegación Cuauhtémoc. Este hecho encuentra su origen en las múltiples redes de supervivencia que en dicha zona existen, entre las que se cuentan los transeúntes y comerciantes que les proveen de comida y/o dinero así como las sedes de instituciones que les brindan diferentes servicios de ayuda y apoyo.

El censo reporta como primera causa de salida a la calle los problemas surgidos en el núcleo familiar con 39% de las personas; de estos, 34% fue la expulsión del núcleo familiar, 33% violencia, 24% abandono, 7% abuso sexual y 2% por otros motivos. La segunda causa son por problemas económicos 28% y como tercera causa las adicciones con 14% como el factor determinante para integrarse a las poblaciones callejeras¹⁰⁴.

Vale la pena destacar que aunque cada historia de vida es distinta, sí es posible trazar patrones y encontrar causas comunes que facilitan o detonan el proceso de llegada a la calle. Se observa que los principales problemas enfrentados eran de índole económica (falta de recursos y desempleo), familiar (conflictos familiares y violencia intrafamiliar) y personal (alcoholismo o adicción a otras drogas).

Situación de consumo de drogas

El 100% de las personas en el Censo 2017 refirió que consumió algún tipo de sustancias estimulante, separada o en combinación¹⁰⁵.

Alcohol

El 39% de las personas censadas refirió consumo de alcohol¹⁰⁶. Respecto al historial de consumo de alcohol en la familia, en un estudio de 2012 realizado por el IAPA para conocer la situación del consumo de sustancias en personas en situación de calle¹⁰⁷, tres de cada diez participantes manifestaron tener algún familiar o persona cercana con problemas de abuso y/o dependencia a esta sustancia. El estudio no recabó información precisa sobre el consumo de alcohol de las personas participantes, pero, se observó cualitativamente que estas poblaciones presentan

¹⁰³ Secretaría de Desarrollo Social (2017) Resultados Preliminares del Censo en Poblaciones Callejeras 2017. Disponible en: http://189.240.34.179/Transparencia_sedes/wp-content/uploads/2017/Preeliminares.pdf

¹⁰⁴ Secretaría de Desarrollo Social (2017) Resultados Preliminares del Censo en Poblaciones Callejeras 2017. Disponible en: http://189.240.34.179/Transparencia_sedes/wp-content/uploads/2017/Preeliminares.pdf

¹⁰⁵ Secretaría de Desarrollo Social (2017) Resultados Preliminares del Censo en Poblaciones Callejeras 2017. Disponible en: http://189.240.34.179/Transparencia_sedes/wp-content/uploads/2017/Preeliminares.pdf

¹⁰⁶ Secretaría de Desarrollo Social (2017) Resultados Preliminares del Censo en Poblaciones Callejeras 2017. Disponible en: http://189.240.34.179/Transparencia_sedes/wp-content/uploads/2017/Preeliminares.pdf

¹⁰⁷ Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA) (2012). Población en situación de Calle en la Ciudad de México.

patrones de alto consumo mientras que algunas personas también presentan abuso y dependencia a esta sustancia.

Tabaco

De las personas incluidas en el Censo 2017, 32% señala que consume tabaco¹⁰⁸, la presencia del uso de esta sustancia en población callejera, se deba quizá principalmente por sus efectos estimulantes al disminuir el apetito y el sueño.

Drogas ilegales

El 29% de las personas integrantes de las poblaciones callejeras consume drogas ilegales. Por tipo de droga, 34% consume activo (inhalantes), 27% marihuana, 8% piedra, 7% cocaína y un 24% otras sustancias.¹⁰⁹

Factores de riesgo y vulnerabilidad

Las poblaciones callejeras describen que la calle significa un riesgo representado por circunstancias que favorecen la ocurrencia de daño físico y emocional, condicionado por los lugares en que se encuentren, instituciones a las que tienen acceso, personas con quienes interactúan, ocupaciones que realizan y por el consumo de sustancias.¹¹⁰

Entre las personas en situación de calle la incursión en las drogas empieza a edades muy tempranas, incluso desde la niñez. Las sustancias psicoactivas son parte de su mundo, las han visto consumirlas a familiares, amigos, vecinos; basta que ellos decidan probarlas o que algunos de los detonantes entren en juego para que accedan a ellas.

La situación de las personas en las calles es un fenómeno de gran impacto social y urbano que va en aumento. En su mayoría son hombres en donde se describe que se debe a causas económicas, problemas familiares, violencia doméstica, problemas socioculturales de zonas urbanas marginadas que favorecen la salida del hogar. Por ejemplo, un estudio sugiere que los niños por los motivos que salieron a las calles son: maltrato físico, necesidad de trabajar o consumo de sustancias¹¹¹. Por otra parte otro estudio, sugiere que los trastornos psiquiátricos pueden ser el origen de los niños y adolescentes salgan de sus hogares, debido a que sus padres son menos comprensibles a los comportamientos disruptivos lo que incrementa la posibilidad de maltrato, abandono y fuga del hogar entre otros. Además 83.6% de la población se detectó con síntomas depresivos¹¹².

Las poblaciones callejeras –ya sean personas adultas o menores de edad– enfrentan gran vulnerabilidad debido a las circunstancias en que se encuentran. En ese sentido, ellas tienen derecho a que se tomen medidas adecuadas e integrales

¹⁰⁸ Secretaría de Desarrollo Social (2017) Resultados Preliminares del Censo en Poblaciones Callejeras 2017. Disponible en: http://189.240.34.179/Transparencia_sedeso/wp-content/uploads/2017/Preeliminares.pdf

¹⁰⁹ Secretaría de Desarrollo Social (2017) Resultados Preliminares del Censo en Poblaciones Callejeras 2017. Disponible en: http://189.240.34.179/Transparencia_sedeso/wp-content/uploads/2017/Preeliminares.pdf

¹¹⁰ Valencia B, Janeth; Sánchez C, Julia; Montoya T, Leidy C.; Giraldo P, Álvaro; Forero P, Constanza (2014). Ser niño en situación de calle: un riesgo permanente Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 32 (2), 85- 91 Consultado en 07 de agosto de 2018 en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12030433011>

¹¹¹ Martínez, L.P, Rosete, R.M, & De los Ríos, E.R. (2007) Niños de la Calle: Autoestima, y funcionamiento Yoico. Enseñanza e Investigación En psicología. 12(2): 367-384.

¹¹² Rodríguez, L.A., Bohorquez, P.d., Cifuentes, S.J. & Campos, A.A. (2003). Trastornos mentales en niños y adolescentes de la calle: Un estudio piloto. Med UNAB: 1-4.

con el fin de eliminar su vulnerabilidad y colocarlos en condiciones de igualdad que les permita el pleno ejercicio de sus derechos.¹¹³

Las niñas, niños y adolescentes en situación de calle, enfrentan circunstancias extremadamente adversas que los vuelven especialmente vulnerables a la delincuencia, la dependencia a las drogas y la explotación sexual.

Con este panorama, es importante centrar la reflexión en la vulnerabilidad y en el sentido de vida de las personas en situación de calle, para que desde las acciones institucionales y comunitarias se realicen intervenciones efectivas para proporcionar asistencia y servicios de reintegración a las personas con uso problemático de drogas, además de la restitución de lazos sociales y redes de apoyo.

Percepción de disponibilidad

Uno de los principales problemas respecto al uso y abuso de sustancias psicoactivas es la forma sencilla y fácil de conseguirlas, ya sea en la calle, dentro de sus propias familias o con grupos de amigos. El fácil acceso a las drogas se conjuga con las situaciones ya señaladas, la personalidad, los sentimientos y situaciones familiares y sociales.

De acuerdo al estudio del IAPA¹¹⁴, desde su llegada a la calle, el 45% de las personas manifestaron que les han ofrecido sustancias psicoactivas. De éstas, el 53% aceptó el ofrecimiento transformando la oportunidad de consumo en consumo real. Las principales drogas regaladas fueron los inhalables y la marihuana con 42% de los casos, seguidas de la cocaína aspirada con 5% y el crack con 3%. Otras sustancias referidas con menor frecuencia fueron el alcohol y los alucinógenos.

Una vez iniciados en el consumo y para acceder a las sustancias psicoactivas las personas se allegan de recursos de múltiples formas: pedir dinero, oficios como franeleros, repartidores, limpiaparabrisas, entre otros. Incluso realizan actividades que implican riesgos como el robo, la prostitución u otras acciones fuera de la ley.

115

Consecuencias del consumo

En materia de consecuencias nocivas del consumo, las peleas o riñas se ubicaron en primer lugar seguidas de accidentes, desintegración familiar, hospitalización, conflicto con la Ley, violencia intrafamiliar, despido laboral, abandono escolar y el intento de suicidio.

Las poblaciones callejeras describen que la calle significa un riesgo representado por circunstancias que favorecen la ocurrencia de daño físico y emocional, condicionado por los lugares en que se encuentren, instituciones a las que tienen

¹¹³ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2014) Drogas y derechos humanos en la ciudad de México 2012-2013. Informe Especial. Disponible en: http://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/09/informe_drogas.pdf

¹¹⁴ Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA) (2012). Población en situación de Calle en la Ciudad de México.

¹¹⁵ Organización Mundial de la Salud (2000). Working With Street Children: A training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs. Geneva: World Health Organization Panamericana de la Salud. (2006) <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66756>

acceso, personas con quienes interactúan, ocupaciones que realizan y por el consumo de sustancias.¹¹⁶

Acceso a tratamiento

Respecto a su paso por servicios de tratamiento en caso de haber buscado ayuda para revertir un problema de adicción a sustancias psicoactivas. El 15% de las y los encuestados en el estudio del IAPA¹¹⁷, mencionó haber recibido algún tipo de tratamiento por problemas de abuso o dependencia al alcohol u otras drogas; siendo el alcohol la principal droga de impacto, seguido de los inhalables, la cocaína y sus derivados y la marihuana.

Es importante subrayar que, independientemente del modelo de tratamiento, lo que revelan los resultados de dicho estudio es que la mayoría se han probado poco efectivos para rehabilitar a las personas en situación de calle. Lo anterior, puede responder a que una de las motivaciones del consumo es la supervivencia en un contexto de extremo sufrimiento social y/o a que la mayoría de los usuarios no han tomado todavía la decisión consciente de dejar de consumir.

Los datos anteriores hacen patente que se requiere un programa de atención integral al problema del consumo de sustancias psicoactivas de las personas en situación de calle, principalmente niños y adolescentes, ya que una tercera parte de dicha población son adolescentes, que por las circunstancias y/o los contextos en los que viven son considerados como población vulnerable.

Grupos Vulnerables: Poblaciones Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual (LGBTTTI)

Las personas que se identifican como Lésbica, Gay, Bisexual, Transexual, Travesti, Transgénero e Intersexual (LGBTTTI) a menudo enfrentan estigma social, discriminación y otros desafíos que no son referidos por personas que se identifican como heterosexuales; también enfrentan un mayor riesgo de acoso y violencia. Como resultado de esto y otros factores estresantes, las minorías sexuales corren un mayor riesgo de diversos problemas de salud conductual¹¹⁸, entre ellos el consumo de sustancias psicoactivas.

Actualmente existen algunas estimaciones no oficiales con datos demográficos acerca del peso poblacional de las personas LGBTTTI en México. Algunos organismos internacionales estiman que “la cantidad de personas no heterosexuales oscila entre cinco y seis por ciento del total de la población. En la Ciudad de México, se ha hablado de alrededor de 875,000 personas homosexuales”¹¹⁹.

De acuerdo con la Encuesta de valores de la juventud 2012, realizada por el Instituto

¹¹⁶ Valencia B, Janeth; Sánchez C, Julia; Montoya T, Leidy C.; Giraldo P, Álvaro; Forero P, Constanza (2014). Ser niño en situación de calle: un riesgo permanente Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 32 (2), 85- 91 Consultado en 07 de agosto de 2018 en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12030433011>

¹¹⁷ Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA) (2012). Población en situación de Calle en la Ciudad de México.

¹¹⁸ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2017) Substance Use and SUDs in LGBT Populations. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/substance-use-suds-in-lgbt-populations>

¹¹⁹ CONAPRED, C. N. (2012). ACUERDO por el que se aprueba el Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación 2012. Ciudad de México, Distrito Federal, México: Diario Oficial de la Federación.

de Ciencias Jurídicas de la UNAM y el Instituto Nacional de la Juventud (IMJUVE)¹²⁰, 3.6% de las personas jóvenes encuestadas se reconocen como lesbiana, gay o bisexual. La encuesta fue representativa de todas las regiones del país y de los jóvenes entrevistados se auto identificó como homosexual 0.9%, como bisexual 0.7% y ninguna de las entrevistadas considera ser lesbiana. No obstante, casi 3.0% afirmó haber tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo, y 12.0 % declaró haberse enamorado de una persona de su mismo sexo.

De acuerdo con el INEGI (2017)¹²¹ en la población de 18 años y más que opina que se respetan poco o nada sus derechos, se destacan las personas transexuales con 71.9% y personas gay o lesbianas con 65.5 %.

La Ciudad de México se distingue por su legislación de avanzada en materia del respeto a la diversidad sexual, mediante instrumentos legales que protegen el ejercicio de la sexualidad y el ejercicio de los derechos de las poblaciones LGBTTTTI: el matrimonio y la adopción entre parejas del mismo sexo; la posibilidad tramitar una nueva acta de nacimiento para el reconocimiento de la identidad de género; y la atención especializada en materia de salud, entre otras¹²².

No obstante los progresos alcanzados, los grupos organizados de personas LGBTTTTI de la región de las américas han declarado que “seguimos sometidas a violencias estructurales de todo tipo, las cuales se manifiestan en el plano de la legislación, la exclusión social y económica, el accionar arbitrario y abusivo de los cuerpos de seguridad del Estado y la persistencia de prejuicios, estigmas y discriminación. Las personas LGBTTTTI vemos gravemente vulnerados nuestros derechos de acceso al trabajo, educación, salud, crédito, vivienda, seguridad social, a la justicia y a formar familias y que éstas reciban pleno reconocimiento legal”.¹²³

Asimismo señalan que “en los últimos años, la criminalización del consumo personal de drogas y las políticas de lucha contra el narcotráfico se han venido aplicando de modo selectivo para criminalizar a nuestras comunidades. Esto afecta de manera desproporcionada a las personas trans y a las trabajadoras y trabajadores sexuales, quienes ya son vulneradas por la aplicación de leyes penales que prohíben las actividades vinculadas al trabajo sexual”.¹²⁴

Además del posible menoscabo de derechos de las poblaciones LGBTTTTI, hay otras secuelas producto de la discriminación que están relacionadas al consumo de tabaco, drogas y alcohol, además de afectaciones en la salud mental y por ellos, desde el surgimiento y desarrollo del movimiento LGBTTTTI, diversas comunidades científicas se han interesado por investigar la relación existente entre el consumo y

¹²⁰ UNAM-IMJUVE Encuesta nacional de Valores de la Juventud. Resultados generales. Consultada en: http://www.imjuvnetud.gob.mx/imgs/uploads/ENVAJ_2012.pdf

¹²¹ INEGI, 2017 Encuesta nacional sobre discriminación (ENADIS) 2017.

¹²² Asamblea Legislativa del Distrito Federal-Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación del Distrito Federal, 2011:19.

¹²³ Declaración de la Coalición de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Transexuales, Transgénero e Intersex de las Américas ante la Asamblea General 47° de la Organización de los Estados Americanos (OEA) de junio de 2017 Disponible en: <http://www.asilegal.org.mx/index.php/en/home/10-contenido/605-declaracion-de-la-coalicion-de-lesbianas-gays-bisexuales-travestis-transexuales-transgeneros-e-intersex-de-las-americas-ante-la-asamblea-general-de-la-oea>

¹²⁴ Declaración de la Coalición de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Transexuales, Transgénero e Intersex de las Américas ante la Asamblea General 47° de la Organización de los Estados Americanos (OEA) de junio de 2017 Disponible en: <http://www.asilegal.org.mx/index.php/en/home/10-contenido/605-declaracion-de-la-coalicion-de-lesbianas-gays-bisexuales-travestis-transexuales-transgeneros-e-intersex-de-las-americas-ante-la-asamblea-general-de-la-oea>

la orientación sexual de las personas. En los noventa, algunas investigaciones concluyeron que estas diferencias se presentaban de manera significativa y que se relacionaban con los comportamientos de riesgo e incluso, se generaron estereotipos asociados con la homosexualidad, esta vez en relación con el consumo.¹²⁵

Consumo de Sustancias Psicoactivas

A nivel internacional, las minorías sexuales tienen tasas más altas en el abuso de sustancias y trastornos por consumo de sustancias comparadas con las personas que se identifican como heterosexuales, este comportamiento estadístico se reporta también en la población de adolescentes auto identificados como LGBTTTI, sin embargo, aún no es posible establecer tendencias a largo plazo sobre el uso de sustancias y la prevalencia de trastornos por consumo de sustancias en poblaciones LGBTTTI.¹²⁶ Por ejemplo, el Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA), reporta que, en un metanálisis, los adolescentes LGBTTTI tenían un 90.0% más de probabilidades de usar sustancias que adolescentes heterosexuales.¹²⁷

En nuestro país la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) realizó el estudio Principales resultados del diagnóstico situacional de personas lesbianas, gay, bisexuales, transgénero, travesti, transexual, intersexual y queers de México 2015¹²⁸, que analiza los problemas de cada sector de esta población, entre ellos el uso de drogas. El total de participantes fue de 6,596 personas. Los grupos predominantes fueron hombres gay/homosexuales 64.6%, mujeres lesbianas 12.0% y hombres bisexuales 10.3%. El promedio de edad fue 30 años y los grupos etarios con la mayor cantidad de participantes comprendieron el rango de 21 a 45 años.

Alcohol

En la población LGBTTTI¹²⁹, el consumo de alcohol en el último mes fue de 35.9% y consumo excesivo de 19.8%, para la población LGBTTTI (2015), en el último año 88.0% de hombres gay y bisexuales bebió alcohol y 49.0% lo hizo una vez a la semana¹³⁰, asimismo 72.7% de la población reportó ser bebedora activa (consumo de alcohol en los últimos 30 días) y con relación al nivel de consumo de acuerdo a la orientación sexual y/o identidad de género, los principales grupos en la categoría de consumo alto (6 o más bebidas en la última vez) fueron mujeres transexual

¹²⁵ Barreto, I., Sandoval M. Cortés O.M. (2010) Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB* de Bogotá. Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología - Vol. 6, No 1, 2010.

¹²⁶ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2017) Substance Use and SUDs in LGBT Populations. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/substance-use-suds-in-lgbt-populations>

¹²⁷ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2017) Substance Use and SUDs in LGBT Populations. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/substance-use-suds-in-lgbt-populations>

¹²⁸ Mendoza, J. C. et. al, (2015). Principales Resultados del Diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, Transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers (LGBTIQ) de México 2015. UAM-Xochimilco. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/308346510_Principales_Resultados_del_Diagnostico_situacional_de_personas_lesbianas_gays_bisexuales_transgenero_travestis_transexuales_intersexuales_y_queers_de_Mexico_2015_Primer_parte

¹²⁹ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez, JA., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.

¹³⁰ Encuesta sobre Uso de Drogas en Población LGBT en México. Marzo 2015. México: Espolea e INSADE A.C.; 2015.

(33.5%), hombres gay/homosexuales (26.5%) y hombres bisexuales (25.6%).

Tabaco

De acuerdo con el Estudio de la UAM 2015, casi la mitad de la población entrevistada consumía tabaco (47.7%). Las principales poblaciones que reportaron consumo de tabaco fueron mujeres lesbianas (56.7%), mujeres bisexuales (55.0%) y hombres transexuales (50.0%). En cuanto a los niveles de consumo por grupo, el consumo excesivo de tabaco (fumar más de 5 cigarrillos la última vez) se presentó en mayor medida en mujeres transexuales (12.8%), en hombres gay/homosexuales (10.1%) y en mujeres lesbianas (9.9%). La prevalencia de personas fumadoras activas fue 20.8%, en hombres 31.4% y en mujeres 10.9%.

Drogas Ilegales

En el estudio de 2015 se señala que los tipos de droga que más se consumieron fueron en orden: marihuana, sustancias inhalables (poppers y cloruro que relajan esfínteres y tienen efectos euforizantes) y cocaína. Las sustancias más consumidas en cada grupo fueron: en las personas queers marihuana e inhalables (60.0% y 20.6%) y en las mujeres transexuales cocaína (25,0%). Respecto al consumo de drogas en los últimos 30 días, se encontró que 14.7% consumió drogas al menos un día en el último mes. Considerando el consumo de drogas en último mes, la categoría de consumo regular (en más de 5 ocasiones) las poblaciones que reportaron mayores prevalencias fueron personas queers (8.7%), mujeres transexuales (6.0%) y mujeres bisexuales (5,0%).¹³¹

Factores de riesgo y vulnerabilidad

Existen pocos estudios con población mexicana que intentan describir la vida emocional y la salud mental de las personas LGBTTTI. En ellos, se señala que la homofobia cultural, producto del sistema binario del género, se traduce en formas de opresión internalizada que ponen a las personas LGBTTTI en riesgo de vivir formas de depresión, ansiedad, consumo de alcohol y drogas, así como de llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo.¹³²

En cuanto al consumo de tabaco y alcohol, algunos estudios indican que comparados con los heterosexuales, las personas LGBTTTI muestran mayor consumo de tabaco, pero en cuanto a las actitudes frente a éste, no se presentan diferencias entre homosexuales y heterosexuales.¹³³

Adicionalmente, el consumo de sustancias se asocia a la necesidad de buscar espacios de homosocialización donde el alcohol y el tabaco son comunes. De la

¹³¹ Mendoza, J. C. et. al, (2015). Principales Resultados del Diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, Transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers (LGBTIQ) de México 2015. UAM-Xochimilco. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/308346510_Principales_Resultados_del_Diagnostico_situacional_de_personas_lebianas_gays_bisexuales_transgenero_travestis_transexuales_intersexuales_y_queers_de_Mexico_2015_Primer_parte

¹³² Lozano-Verduzco, I. (2017). Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México. Universidad Pedagógica Nacional. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/317620521_Efectos_de_la_homofobia_internalizada_en_la_salud_mental_y_sexual_de_hombres_gay_de_la_Ciudad_de_Mexico

¹³³ Barreto, I., Sandoval M. Cortés O.M. (2010) Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB* de Bogotá. Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología - Vol. 6, No 1, 2010.

misma manera, parece que las mujeres bisexuales pueden presentar mayor incidencia de consumo de alcohol y drogas que las mujeres heterosexuales.¹³⁴

Comparadas con las mujeres heterosexuales, las bisexuales y lesbianas tienen más probabilidad de consumir alcohol, no propiamente por su orientación sexual, sino porque su condición genera aún más rechazo que a los hombres gay y porque es común haber experimentado múltiples episodios de violencia.

La evidencia publicada señala que en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, en la población LGBTTTI se encontraron diferencias en las actividades asociadas a los espacios de homosocialización e identificaron que aunque las prácticas sociales se realizan en contextos específicos, estas responden en mayor medida a la satisfacción de necesidades afectivas y materiales independientemente de la orientación o identidad sexual de las personas.^{135, 136}

De acuerdo con la evidencia empírica, se puede decir que el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas se explica desde postulados teóricos asociados a la ansiedad y no a la sensación de poder.¹³⁷ Lo anterior se puede explicar con los hallazgos encontrados en estudios realizados sobre la ansiedad, que muestran que los problemas asociados al consumo de alcohol y la ansiedad ocurren en el mismo individuo; es decir, las personas con ansiedad tienen un mayor riesgo de consumir alcohol; los pacientes con trastorno de ansiedad tienen mayor riesgo que cualquiera al abuso o dependencia del alcohol.¹³⁸

Por otra parte, la insatisfacción con la propia orientación sexual u homofobia internalizada tiende a asociarse con el consumo de una o más sustancias psicoactivas. Al respecto no se conocen investigaciones con las cuales poder comparar dicho hallazgo. Se requieren más estudios en contextos mexicanos específicos.¹³⁹

Conductas de riesgo

En cuanto a las prácticas sexuales de riesgo vinculadas al consumo de alcohol y drogas, se observa un porcentaje bajo, pero relevante, de hombres gay que siempre usan alguna sustancia para mantener relaciones sexuales, aunque la mayoría consume alcohol la mitad de las veces y casi nunca utiliza drogas.¹⁴⁰

¹³⁴ Barreto, I., Sandoval M. Cortés O.M. (2010) Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB* de Bogotá. Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología - Vol. 6, No 1, 2010.

¹³⁵ Barreto, I., Sandoval M. Cortés O.M. (2010) Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB* de Bogotá. Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología - Vol. 6, No 1, 2010.

¹³⁶ Quintero E., Barreto I., Rincón-Vásquez J.C. y Velandia Morales A. (2016) Relación entre percepción de poder y prácticas de consumo en la categoría de diversión de personas LGBT. Suma Psicológica. Volume 23, Issue 2, July–December 2016, Pages 90-100

¹³⁷ Quintero E., Barreto I., Rincón-Vásquez J.C. y Velandia Morales A. (2016) Relación entre percepción de poder y prácticas de consumo en la categoría de diversión de personas LGBT. Suma Psicológica. Volume 23, Issue 2, July–December 2016, Pages 90-100

¹³⁸ Quintero E., Barreto I., Rincón-Vásquez J.C. y Velandia Morales A. (2016) Relación entre percepción de poder y prácticas de consumo en la categoría de diversión de personas LGBT. Suma Psicológica. Volume 23, Issue 2, July–December 2016, Pages 90-100

¹³⁹ Pineda Roa (2015). Prevalencia y variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en varones colombianos autoidentificados como homosexuales. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología 8 (1), 83-91.

¹⁴⁰ Lozano-Verduzco, I. (2017). Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México. Universidad Pedagógica Nacional. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317620521_Efectos_de_la_homofobia_internalizada_en_la_salud_mental_y_sexual_de_hombres_gay_de_la_Ciudad_de_Mexico

Asimismo, resalta el porcentaje de hombres que siempre usan alcohol y drogas antes o durante las relaciones sexuales con otros hombres, ya que dicho consumo puede interferir en la negociación del uso del condón y otras prácticas sexuales seguras.¹⁴¹

Es preciso hipotetizar que las causas últimas de un mayor consumo de sustancias estén relacionadas con altos niveles de prejuicio sexual hacia los grupos de población LGBTTTI, la facilidad de acceso a sustancias psicoactivas, los lugares que frecuentan y los distintos tipos de sustancias que se consumen.¹⁴²

Consecuencias del consumo

Las personas LGBTTTI tienen una mayor probabilidad que las personas heterosexuales de experimentar un trastorno por uso de sustancias psicoactivas en su vida, y a menudo ingresan al tratamiento con trastorno por uso de sustancias más severos¹⁴³. Por lo tanto, es particularmente importante que las personas LGBTTTI en tratamiento por trastorno por uso de sustancias psicoactivas sean evaluadas para otros problemas psiquiátricos (y viceversa) y todas las afecciones identificables deben tratarse simultáneamente.

Por otra parte, las personas de las poblaciones LGBTTTI también corren un mayor riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) debido tanto al uso de drogas por vía intravenosa como a comportamientos sexuales de riesgo. La infección por VIH es particularmente prevalente entre hombres homosexuales y bisexuales (hombres que tienen sexo con hombres o HSH) y personas transgénero mujeres que tienen sexo con hombres¹⁴⁴. De ahí que el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias específico para grupos de población LGBTTTI también pueda ayudar a prevenir la transmisión del VIH entre las personas con alto riesgo.

De igual modo, algunas drogas generan deshidratación en el cuerpo del usuario y secan las mucosas (como ano y boca), cuestión que puede favorecer heridas en ellas y propiciar algún tipo de infección.¹⁴⁵

Tratamiento

De acuerdo al Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA), los programas de tratamiento especializados de adicciones que se ofrecen para hombres homosexuales y bisexuales mostraron mejores resultados para esos usuarios en comparación con hombres homosexuales y bisexuales en programas

¹⁴¹ Lozano-Verduzco, I. (2017). Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México. Universidad Pedagógica Nacional. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317620521_Efectos_de_la_homofobia_internalizada_en_la_salud_mental_y_sexual_de_hombres_gay_de_la_Ciudad_de_Mexico

¹⁴² Pineda Roa (2015). Prevalencia y variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en varones colombianos autoidentificados como homosexuales. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología 8 (1), 83-91.

¹⁴³ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2017) Substance Use and SUDs in LGBT Populations. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/substance-use-suds-in-lgbt-populations>

¹⁴⁴ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2017) Substance Use and SUDs in LGBT Populations. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/substance-use-suds-in-lgbt-populations>

¹⁴⁵ ¹⁴⁵ Lozano-Verduzco, I. (2017). Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay de la Ciudad de México. Universidad Pedagógica Nacional. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317620521_Efectos_de_la_homofobia_internalizada_en_la_salud_mental_y_sexual_de_hombres_gay_de_la_Ciudad_de_Mexico

no especializados; sin embargo, solo el 7.4 por ciento de los programas ofrecían servicios especializados para usuarios de las poblaciones LGBTTTI.¹⁴⁶

Asimismo, el NIDA refiere que las personas transgénero son más propensas a buscar tratamiento para trastornos por consumo de sustancias que la población no transgénero; por lo que sugiere que la investigación actual sobre tratamiento debe abordar factores únicos en la vida de estos pacientes que pueden incluir homofobia, transfobia, problemas familiares, violencia, y aislamiento social.¹⁴⁷

Se ha demostrado que algunas modalidades comunes de tratamiento por trastorno por uso de sustancias psicoactivas son efectivas para hombres homosexuales o bisexuales, incluida la entrevista motivacional, la terapia de apoyo social, la gestión de contingencias y la terapia cognitivo-conductual.¹⁴⁸

En el contexto latinoamericano, los estudios sobre consumo de sustancias lícitas como ilícitas en población LGBTTTI son muy escasos, aunque se ha avanzado con la creación de un marco legal que ordena intervenir sobre la atención integral a personas consumidoras y sobre prevención¹⁴⁹. De ahí que se requieran más datos y estudios sobre el papel que cumple la orientación sexual en el consumo de sustancias psicoactivas.

De cualquier manera, será preciso diseñar programas de atención a consumidores de sustancias psicoactivas de población LGBTTTI, así como diseñar programas preventivos con enfoque diferencial dirigidos a estas poblaciones. Tal como señala el estudio de la UAM, en el corto plazo se pueden crear programas enfocados a la población LGBTTTI para identificar a las personas que tienen alto riesgo de problemas de salud mental y consumo de sustancias. Esto puede realizarse a través de campañas de información en los sitios de reunión de la población LGBTTTI. Además, se pueden crear políticas de atención con enfoque de género en las unidades de salud existentes.¹⁵⁰

Mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas en la CDMX, 2012-2015.

El análisis de las estadísticas sobre mortalidad relacionada al consumo de sustancias psicoactivas es otra forma interpretar y aproximarnos al impacto que originan, así como la medición objetiva sobre las consecuencias finales del consumo, siendo además la mortalidad un indicador sensible que da una idea general sobre el estado de la salud que guarda una población.

¹⁴⁶ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2017) Substance Use and SUDs in LGBT Populations. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/substance-use-suds-in-lgbt-populations>

¹⁴⁷ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2017) Substance Use and SUDs in LGBT Populations. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/substance-use-suds-in-lgbt-populations>

¹⁴⁸ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2017) Substance Use and SUDs in LGBT Populations. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/substance-use-suds-in-lgbt-populations>

¹⁴⁹ Pineda Roa (2015). Prevalencia y variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en varones colombianos autoidentificados como homosexuales. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología 8 (1), 83-91.

¹⁵⁰ Mendoza, J. C. et. al, (2015). Principales Resultados del Diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, Transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers (LGBTIQ) de México 2015. UAM-Xochimilco. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/308346510_Principales_Resultados_del_Diagnostico_situacional_de_personas_lesbianas_gays_bisexuales_transgenero_travestis_transexuales_intersexuales_y_queers_de_Mexico_2015_Primer_parte

La información calculada que se presenta versa sobre el número de defunciones, tasas y la edad promedio al reporte de la defunción que estuvo relacionada al consumo de tabaco, alcohol y drogas, se realizó con las bases oficiales de mortalidad nacional de la Secretaría de Salud¹⁵¹, de acuerdo a los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) manejadas en el Observatorio Especializado de Sustancias Psicoactivas.¹⁵²

Mortalidad general y relacionada al consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad de México, 2010-2015.

Año	Número de defunciones generales	Tasa por 10,000	Defunciones por consumo relacionado con sustancias psicoactivas							
			Todas las drogas	Tasa x 10,000	Tabaco	Tasa x 10,000	Alcohol	Tasa x 10,000	Drogas	Tasa x 10,000
2010	55,106	61.6	12,480	14.0	11,463	12.8	997	1.1	20	0.02
2011	54,629	61.2	12,574	14.1	11,465	12.8	1,086	1.2	23	0.03
2012	55,995	62.8	13,042	14.6	11,917	13.4	1,106	1.2	19	0.02
2013	57,142	64.2	13,270	14.9	12,139	13.6	1,107	1.2	24	0.03
2014	58,870	66.3	13,483	15.2	12,302	13.9	1,150	1.3	31	0.03
2015	59,484	67.2	13,966	15.8	12,806	14.5	1,145	1.3	15	0.02

Fuente: Bases de mortalidad INEGI-DGIS, CdMx 2010-2015.

CONAPO. Estimaciones de la población, CDMX 2010-2015.

Nota: Tratamiento de la mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas realizada por la DIE del IAPA.

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y drogas) ha mantenido un crecimiento sostenido durante el periodo 2010-2015, representando alrededor del 23% respecto de la totalidad de defunciones, es decir, poco más de una de cada cinco defunciones fueron relacionadas con algún tipo de consumo de sustancias psicoactivas, principalmente las relacionadas al consumo de tabaco son las que aportan la mayoría de las defunciones por consumo, colocándose dos causas específicas dentro de las primeras cinco causas de mortalidad en la CDMX en 2015: Enfermedad isquémica del corazón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), segunda y quinta respectivamente.

Con gran afectación del individuo desde su diagnóstico, en el ámbito laboral (inasistencias, invalidez y muerte prematura), así como de su calidad de vida. En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública en la delegación de Morelos del IMSS de 2001 a 2002 sobre los costos de atención de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, concluyeron que los diversos gastos desde el diagnóstico y tratamiento, representó el 7.3% del presupuesto anual de la Delegación.¹⁵³

El comportamiento creciente de la tasa en el periodo 2010-2015, sugiere que este indicador se podría estimar para el año 2018 en 16.8 defunciones por cada 10,000

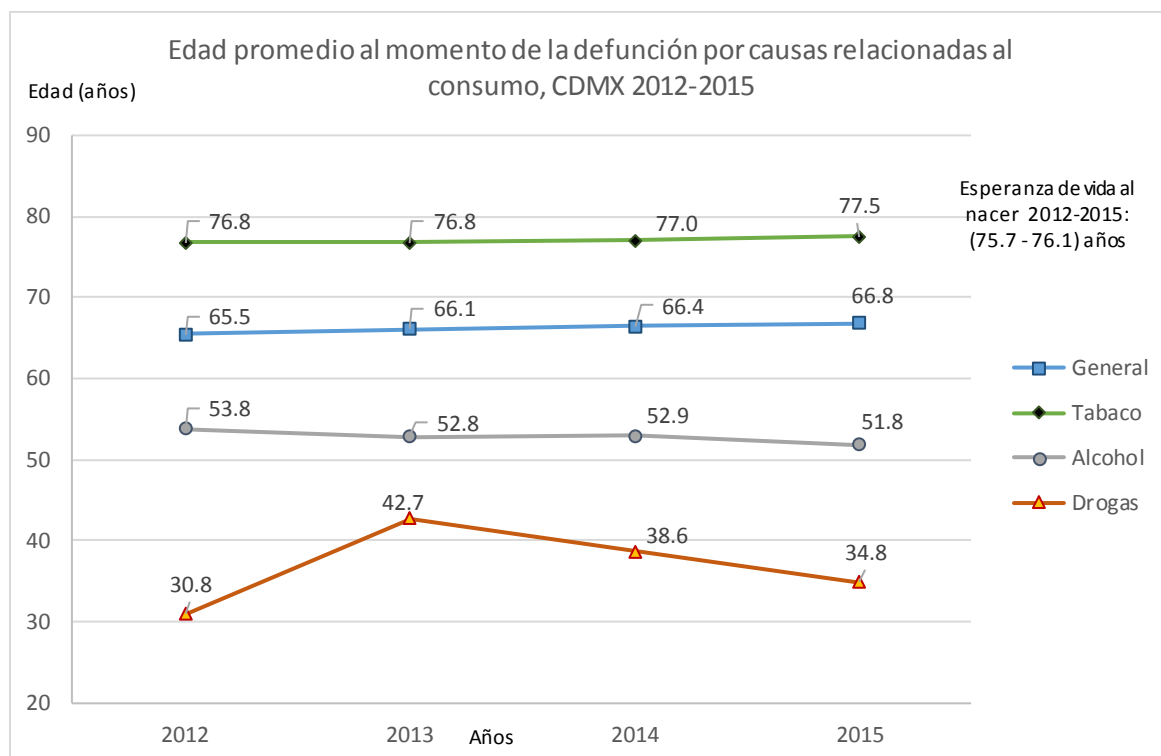
¹⁵¹ Secretaría de Salud (2017). Bases de datos sobre defunciones. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_defunciones_gobmx.html

¹⁵² IAPA. Observatorio Especializado de Sustancias Psicoactivas. Disponible en: http://oe.iapa.df.gob.mx/Estadística/Mortalidad/DFMorta_.aspx

¹⁵³ Reynales-Shigematsu, L.M. y col, Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Salud Pública de México / vol.48, suplemento 1 de 2006.

habitantes en la CDMX, que representaría alrededor de 14,838 defunciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 7. Edad promedio a la defunción por causas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad de México, 2012-2015.



Fuente: Bases de mortalidad INEGI-DGIS, CDMX 2010-2015.

Nota: Tratamiento de la mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas realizadas por el IAPA.

La edad promedio a la defunción en general en la CDMX durante el periodo 2012-2015, es alrededor de 65.5 a 66.8 años, con una tendencia franca al aumento, es decir, se retardará la edad a la defunción en los siguientes años de acuerdo a un modelo de ajuste, por lo que se espera que para los siguientes años aumente la edad a la defunción en 5 meses, por lo que para 2018 sería alrededor de 68.1 años.

Edad promedio a la defunción por causas relacionadas al consumo de tabaco.

Esta edad promedio a la defunción oscila entre los 76.8 a 77.5 años, presentando una tendencia clara de aumento, por lo que para 2018 se estima que la edad a la defunción por causas relacionadas al consumo de tabaco será aproximadamente de 78 años, es decir, se retrasará casi tres meses la edad a la defunción por cada año calendario transcurrido, bajo el supuesto de mantenerse las mismas condiciones actuales.

Es importante señalar que esta edad promedio a la defunción por consumo relacionado al tabaco, es un año mayor a la esperanza de vida al nacer y es la que mayor cantidad de defunciones reporta relacionadas al consumo, es importante señalar que la EPOC está relacionada directamente con el tabaquismo en el 90% de los casos. Las principales afectaciones del paciente con EPOC son en el ámbito

laboral (inasistencias, invalidez y muerte prematura) y deterioro paulatino de su calidad de vida, repercutiendo también en la economía del sistema de salud (gastos por crisis y tratamiento).

Edad promedio a la defunción por causas relacionadas al consumo de alcohol.

Este patrón de comportamiento presenta un descenso con edades a la defunción que van de 53.8 a 51.8 años, es decir, la defunción sucede de manera anticipada respecto del año anterior, por lo que para 2018 se estima que suceda a los 50.1 años, poco más de 7 meses antes por cada año calendario, manteniendo las condiciones actuales que imperan.

Es importante señalar que en la mortalidad relacionada por consumo de alcohol tiene una relación diferenciada en cuanto al sexo, es decir, de acuerdo a las cifras del 2015 fallecen por esta causa 15 hombres por cada mujer.

Edad promedio a la defunción por causas relacionadas al consumo de drogas.

Representa un comportamiento muy variable, que va desde 30.8 años en 2012 aumenta a 42.7 años en 2013 y en descenso para los dos siguientes dos años, hasta llegar a 34.8 años en 2015, no es posible ajustarle un modelo sencillo para lograr pronosticar su comportamiento. Es importante señalar que este tipo de consumo es el que reporta una cantidad mínima (24 decesos, 0.04%) respecto de la mortalidad general de la CDMX.

Edad promedio a la defunción por causas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo al sexo.

Durante el periodo 2012-2015, se observa que el comportamiento de la edad promedio a la defunción es diferente según el sexo en las categorías: mortalidad general, por causas relacionadas al consumo de tabaco y alcohol.

La experiencia de mortalidad en 2015, nos muestra que respecto a la mortalidad general, los hombres registraron 62.9 años, mientras que las mujeres 70.9 años, es decir, una diferencia de ocho años; en cuanto a las causas relacionadas al consumo de tabaco, la edad a la defunción de hombres fue de 73.8 años, mientras que en mujeres fue de 81.1 años, es decir, una diferencia de 7.3 años; mientras que relacionadas al consumo de alcohol, para hombres fue de 51.5 años y en mujeres de 55.7 años, siendo una diferencia de 4.2 años, por lo que se generaliza que las mujeres mueren posteriormente que los hombres en estas categorías.

En cambio, en cuanto al consumo de drogas la mortalidad según el sexo presenta muchos cambios a través del periodo 2012-2015, por lo que no se puede establecer un comportamiento claro para la próxima medición.

Respuestas en materia de atención al consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad de México

La Ciudad de México es la única entidad del país con una Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Esta ley, promulgada en 2010, dispone la creación del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en

la Ciudad de México (IAPA)¹⁵⁴, y el desarrollo de estrategias y acciones en materia de prevención, tratamiento, investigación, integración comunitaria, capacitación y regulación de los centros de atención de adicciones.

Esta decisión del Gobierno de la Ciudad de México promovida desde la sociedad civil vino a fortalecer el trabajo que en materia de atención al consumo de sustancias psicoactivas desarrollaban las Secretarías de Salud, Desarrollo Social, Seguridad Pública, Secretaría de Gobierno y los Órganos Político Administrativos, en los ámbitos de su competencia.

En general la respuesta del gobierno y del sector social y privado para la atención del consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad de México puede describirse desde dos grandes rubros: 1) Acciones de tipo regulatorio y legal, para limitar y controlar la oferta y disponibilidad de drogas legales o ilegales; y 2) Acciones orientadas a las personas para el desarrollo y ejercicio de sus derechos.

Con las acciones de tipo regulatorio y legal se busca que la sociedad coincida con la observancia de la ley, que la ciudadanía ejerza autocontrol, incluso en casos en los que quebrantar la ley pudiera resultar más atractivo o conveniente; que las comunidades valoren la legalidad y marginen el quebrantamiento de la ley, y consecuentemente se disminuyan los costos para el cumplimiento de la misma¹⁵⁵. Como parte de las acciones de tipo regulatorio y legal más relevantes se cuentan las siguientes:

La promulgación de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores¹⁵⁶, pionera en el tema por proteger la salud de la población de la exposición al humo de tabaco en áreas públicas cerradas, lugares de trabajo y vehículos de transporte público, que incluso va más allá de la regulación federal en la materia, con la acreditación de espacios 100% libres de humo de tabaco.

El Programa *Conduce Sin Alcohol*, fundamentado primero en el Reglamento de Tránsito Metropolitano y actualmente en la Ley de Movilidad de la Ciudad de México que ha sido llevado a otras partes del país.

Regular y supervisar a los Centros de Atención de Adicciones a fin de garantizar que en su operación den cumplimiento a la normatividad aplicable particularmente el respeto de los derechos humanos de los usuarios, realizado por el IAPA, y la Agencia de Protección Sanitaria de acuerdo a sus facultades.

Así mismo se han promovido acciones en el territorio de las delegaciones, como la verificación de establecimientos mercantiles y acciones para regular y vigilar la venta de diferentes sustancias como, por ejemplo, la no venta de bebidas alcohólicas a menores de edad, así como fuera de horarios establecidos.

¹⁵⁴ Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial el 29 de diciembre de 2010. Disponible en: <http://www.consejeria.df.gob.mx/index.php/articulo-leyes-y-reglamentos/27-leyes/339-ley-para-la-atencion-integral-del-consumo-de-sustancias-psicoactivas-del-distrito-federal>

¹⁵⁵ Tomado y modificado de Texto elaborado por México Unido Contra la Delincuencia A.C <https://www.mucd.org.mx/wp-content/uploads/2017/09/LaCulturadelaLegalidad.pdf>

¹⁵⁶ Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores del Distrito Federal y la Ley para el Funcionamiento de Establecimientos Mercantiles del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Parlamentaria del Distrito Federal el 4 de marzo de 2008. Disponible en: <http://www.consejeria.df.gob.mx/index.php/gaceta>.

A propósito de acciones en materia de alcohol, se declaró el 15 de noviembre como el “Día Contra el Uso Nocivo de Bebidas Alcohólicas”, la fecha se difundirá en la Ciudad con el objetivo de fomentar la responsabilidad de las personas, sobre todo de la población juvenil, para controlar el consumo de esta sustancia y de esa manera prevenir sus consecuencias.

También se promueve la implementación de programas administrativos encaminados a prohibir la venta o suministro de sustancias inhalables a menores de edad en comercios como papelerías y tlapalerías¹⁵⁷, y en general la aplicación del marco normativo vigente.

En este mismo sentido, se promovió la reforma al Código Penal para que se incluyera como corrupción de personas menores de edad al que por cualquier medio, obligue, procure, induzca o facilite a una persona menor de dieciocho años de edad o personas que no tengan la capacidad de comprender el significado del hecho o de personas que no tienen capacidad de resistir la conducta, a realizar actos de consumo de disolventes o inhalables.

Por parte del IAPA se construyó y difundió un documento denominado “Plan rector para la atención integral del consumo de inhalables en la Ciudad”. Este instrumento comprende la creación de proyectos específicos con estrategias, líneas de acción y metas para prevenir el inicio en el consumo de estas sustancias, procurar su abandono temprano considerando para ello la coordinación interinstitucional, y mejorar el plan normativo.

En el rubro de control de tabaco, se impulsan acciones para que las autoridades delegacionales vigilen y eviten la venta de cigarros por unidad, se busca la certificación de espacios como 100% libres de humo de tabaco en edificios públicos y de esa manera disminuir la exposición de las personas al humo de tabaco de segunda o tercera mano. Dicha certificación es ejemplo de la coordinación en el trabajo realizado por las autoridades federales y locales. Durante el presente año se han declarado 351 espacios como 100% Libres de humo de tabaco; siete fueron reconocidos por CONADIC y el resto por la Agencia de Protección Sanitaria de la CDMX.

Si bien el marco normativo en la materia es sólido, los cambios en las dinámicas sociales requieren de la adaptación de las disposiciones, la propuesta de mejora de los instrumentos y sobre todo de la promoción de la cultura de la legalidad.

En este sentido, uno de los mayores desafíos para los próximos años consiste en la creación de leyes en la materia en armonía con las necesidades y contextos de la ciudadanía, y sobre todo planificar estrategias para el cumplimiento de la Ley con la participación activa de todos los sectores de la población.

En materia de acciones directas y centradas en las personas se fomenta el ejercicio de los derechos en cualquier momento de su ciclo de vida; el logro del disfrute del más alto nivel de salud física y mental, y se reconoce a la salud como un bien tutelado por el Estado, que debe ser atendido en sus dimensiones individual y colectiva.

¹⁵⁷ Artículo 10 de la LAICSP

Como mecanismo de cuidado a la salud, en la Ciudad de México se prioriza la prevención, la detección y atención oportuna, de tal forma que la primera ha sido un elemento fundamental en la política pública. En el caso del consumo de drogas se busca evitar y desalentar su uso, retrasar la edad de inicio del mismo en los menores de edad, limitar el número y tipo de sustancias utilizadas, evitar la transición del consumo experimental al abuso y a la dependencia, así como procurar el abandono temprano.

Para estas acciones la Ciudad de México cuenta con programas, proyectos y acciones que son desarrolladas, desde el sector público, por el IAPA, las 32 Unidades de Atención Médica Especializada Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), 2 Unidades Toxicológicas, 16 Jurisdicciones Sanitarias, 69 clínicas de tabaco, los 18 Centros de Integración Juvenil, y las áreas correspondientes de los gobiernos delegacionales con 10 Centros de Atención Integral a las Adicciones (CAIAs). Se suman también instituciones como la Secretaría de Seguridad Pública, a través de la Dirección General de Participación Ciudadana, de la Dirección General de Prevención del Delito y de la Dirección de Seguridad Escolar, el DIF, IASIS, instituciones académicas, además de la participación activa del sector social a través de organizaciones de la sociedad civil (OSC's).¹⁵⁸

En conjunto estas acciones consideran las condiciones del entorno sociocultural, los distintos niveles de prevención como universal, selectiva e indicada, las características y condiciones de las personas, los tipos de sustancias que se consumen, así como los diferentes ámbitos en los que se desenvuelven las personas.

Desde un esquema general la estrategia en materia de prevención en la Ciudad tiene sus bases en:¹⁵⁹

1. Garantizar el acceso a información en materia de adicciones.
2. Desarrollar competencias y habilidades en las personas.
3. Desarrollar y promover ambientes saludables.
4. Realizar intervenciones basadas en modelos.
5. Desarrollar capital humano.

La participación de entidades públicas, organismos de la sociedad civil y del sector privado, ha sido muy importante para lograr que la población tenga acceso a información oportuna, de fácil entendimiento, verídica y con sustento científico. Con ello se ha buscado sensibilizar a las personas con el fin de incidir en la modificación de sus actitudes y comportamientos.

¹⁵⁸ En un estudio realizado por el IAPA se identificaron a por lo menos 21 Organizaciones de la Sociedad Civil con proyectos relacionados a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

¹⁵⁹ Se consideraron algunas de las categorías señaladas por Teresa Salvador e Isabel Ma. Martínez, “Marcos teóricos y su desarrollo en el ámbito preventivo”, en Oriol Romaní y Miguel Díaz (coords.), Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias, Barcelona, Igia, 1999, p. 219.

Se ha hecho uso de medios masivos de comunicación, redes sociales, medios impresos y actividades para transmitir, de manera directa y por parte de profesionales, la información en ferias de salud y eventos masivos.

En este sentido, el IAPA produjo y difundió 167 programas de televisión y 60 programas de radio, los primeros a través del canal Capital 21 de la CDMX, y los segundos por medio de redes sociales e internet, los cuales se suman a campañas desarrolladas a nivel nacional a través de la CONADIC.

A la fecha, se transmitieron en las pantallas del Sistema Colectivo Metro, 830 mil 251 spots sobre el tema por año, en promedio. En el Sistema de Transporte Público Metrobús se transmiten al año 168 mil 53 spots, en promedio. Es decir, se tiene una cobertura de millones de personas que utilizan dichos transportes.

Una base importante para estas acciones la constituye el desarrollo de campañas, con diferentes enfoques en materia de adicciones, que el IAPA ha distribuido año con año principalmente entre instituciones públicas. Adicionalmente, también se promueve el cumplimiento de la normatividad en cuanto a destinar el 10 por ciento del presupuesto de comunicación social de las entidades públicas locales para campañas orientadas a la prevención y detección oportuna del consumo de sustancias psicoactivas. A la fecha se han diseñado y distribuido seis campañas en todas las delegaciones, secretarías e instituciones descentralizadas y desconcentradas de la administración pública de la CDMX.

De estas campañas se desprenden mensajes, los cuales incluyen elementos de promoción de la salud y del derecho a la misma, información sobre los efectos asociados al consumo de las drogas, reconocimiento de la adicción como enfermedad, la desestigmatización y desmitificación del tema en los diferentes sectores poblacionales, entre otros.

Las poblaciones prioritarias de estas acciones son la infantil y adolescente en el ámbito escolar, ya que por lo general en estas edades se inicia el consumo de drogas. La estrategia de acceso y difusión de información es un componente (parte de otros o por sí solo) empleado de manera frecuente y constante en este ámbito.

Para estudiantes de primaria, se incluyen además actividades focalizadas en el desarrollo de competencias individuales y sociales, se busca mejorar los recursos y las habilidades personales para afrontar demandas sociales y del medio ambiente.

Se incorporan figuras claves en el desarrollo de la estrategia, principalmente a madres y padres de familia, docentes y personal de salud. Ejemplo de estos programas se encuentran, entre otros, el desarrollado por el IAPA e instancias académicas, como la Facultad de Psicología de la UNAM, para capacitar a padres y madres de estudiantes en temas de crianza positiva, o bien, el modelo preventivo "Para vivir sin adicciones" de Centros de Integración Juvenil (CIJ).

Para la comunidad de nivel secundaria se incorporan elementos de formación de habilidades centradas en el desarrollo de la autonomía, la toma de decisiones y la regulación de emociones en la población estudiantil. La estrategia suma actividades con figuras claves como pares, madres y padres, y también, docentes. Se adicionan

acciones como la detección de riesgos, así como actividades culturales, recreativas y deportivas, entre otras.

Como ejemplo de estas acciones se encuentran las desarrolladas por distintas instancias de los tres sectores, como por ejemplo los UNEME - CAPA, los Centros de Integración Juvenil, organizaciones de la sociedad civil, instituciones de asistencia Privada y el IAPA.

El IAPA ha desarrollado estrategias coordinadas con la SEP y en una etapa reciente se han incorporado estrategias de capacitación para el personal de cada escuela, para padres y madres y el acercamiento de diferentes servicios de apoyo a través de la vinculación interinstitucional, con la finalidad de que las escuelas sean autogestivas y conformen sus propios equipos de atención.

A la fecha, se han intervenido 2 mil 053 escuelas de educación básica (primarias y secundarias) con proyectos que incluyen talleres de Crianza Positiva dirigidos a padres y madres de familia, así como la habilitación del personal docente y de apoyo educativo para la elaboración de proyectos preventivos en los planteles escolares, entre otras estrategias.

En el caso de poblaciones en educación media superior, se trabaja con la población estudiantil en el desarrollo de la autonomía, la toma de decisiones y plan de vida, uso del tiempo libre, además del trabajo preventivo con otras conductas de riesgo o antisociales.

En el nivel medio superior se han atendido todos los subsistemas públicos ubicados en el territorio de la CDMX. En 119 planteles se proporciona información a la comunidad estudiantil sobre daños y consecuencias asociados al consumo de drogas, además se incluyeron actividades lúdicas, recreativas y culturales.

La estrategia para el trabajo con estas poblaciones también incluye la detección temprana de consumo, la canalización y la referencia a tratamiento –sobre todo en aquellos segmentos de la comunidad estudiantil en condiciones de vulnerabilidad–, así como la conformación de redes de instituciones, sobre todo escolares, y comités donde se promueve el autocuidado de la salud y actividades académicas, culturales, deportivas y recreativas.

Se cuenta con la participación de instituciones públicas como la Secretaría de Salud a través de las Jurisdicciones Sanitarias, los CIJ y el IAPA, entre otras. En materia de detección temprana y atención oportuna, los UNEME - CAPA han aplicado desde 2012 a la fecha 270 mil 195 tamizajes, en promedio 42 mil 55 tamizajes por año y se han llevado a cabo 41 mil 734 consultas de primera vez, 6 mil 537 por año. En el mismo periodo el IAPA, aplicó 13 mil 82 tamizajes.

Asimismo, con la finalidad de que la Ciudad cuente con modelos de prevención basados en evidencia, este año se tendrán los resultados de la aplicación del “Modelo Preventivo para el Desarrollo de Fortalezas en las y los Jóvenes”, con la intención de ser replicado en todos los subsistemas de educación media superior. También se realiza la evaluación del modelo de intervención en prevención de adicciones basado en la teoría de la conducta planificada para secundarias de la Ciudad de México denominado “Tú decides”.

En conjunto, desde el 2012 a la fecha, el IAPA atendió a 203 mil personas a través de 44 proyectos de prevención de adicciones y promoción de la salud, cinco proyectos de fortalecimiento a la detección temprana del consumo de sustancias psicoactivas desarrollados en ámbitos escolares y comunitarios, y dirigidos a diversas poblaciones como la estudiantil, personas con discapacidad, personas indígenas, personas adultas mayores y población en situación de calle. Sumado a este esfuerzo, en el mismo periodo los UNEME - CAPA realizaron 1 millón 25 mil 637 acciones de prevención en la Ciudad.

Otra de las estrategias clave para la atención de las personas en el tema de salud y particularmente en el área de las adicciones, es la participación comunitaria, esta permite poner al alcance de todas las personas y familias los servicios disponibles y a su vez favorece la corresponsabilidad y la autogestión en el cuidado de la salud.

En este sentido, la estrategia en la Ciudad se centra en fortalecer y conformar colectivos (comités), desarrollar vinculación, y poner al alcance de todas las personas la oferta de actividades culturales, deportivas y recreativas, así como la recuperación y mejora de espacios públicos para modificar entornos donde las personas conviven y se relaciona.

Como una Ciudad preocupada por el bienestar social, se ha impulsado el involucramiento de otras instituciones que atienden la salud (física y mental), las acciones de participación ciudadana, el desarrollo social, la seguridad, la vivienda, el deporte, la cultura y la recreación, que en su conjunto buscan la sinergia de esfuerzos para enfrentar diferentes problemáticas.

Otro esfuerzo para la coordinación y sistematización llevado a cabo por el IAPA, fue el desarrollo de dos modelos de prevención para el contexto comunitario denominados: Sistema de Prevención Selectiva Comunitaria “Alas”, y “Prevención de consumo de drogas en espacios comunitarios para personas jóvenes en la CDMX”. Ambos son operados, desde el año 2012 y desde el año 2016 respectivamente, con la finalidad de contar con un mecanismo de intervención con evidencia científica y que pueda ser evaluado en su efectividad. Por otra parte el modelo “Coaliciones Comunitarias” inició sus operaciones en conjunto con la CONADIC en algunas demarcaciones.

Otra intervención que tuvo lugar a nivel nacional y local, fue el “Programa de Acción Específico para las Prevención y Atención Integral de las Adicciones”, el cual incorporó acciones para la intervención en comunidad y vinculó a otros programas como el de “Entornos y Comunidades Saludables”. Este último opera en las delegaciones con la finalidad, entre otras cosas, de impulsar que se aborden los determinantes, de manera integral, que influyen en el estado de salud de la población, apoyando proyectos vinculados a la salud pública en temas prioritarios como prevención de adicciones y logrando el reconocimiento de espacios.

Por su parte INMUJERES CDMX, llevó a cabo la estrategia de recuperación de espacios comunitarios libres de violencia contra las mujeres en las distintas Delegaciones Políticas a través del impulso de procesos colectivos comunitarios que incorporaron un proceso de intervención social y cultural, y en el cual incluyeron temas como la prevención de adicciones.

En el IAPA se han llevado a cabo actividades que promueven la recreación, la cultura, la interacción y el deporte, muestra de ello es la realización de eventos masivos como estrategia cultural para acercarse a población joven en situación de riesgo por medio de la realización de concursos de hip-hop, presentación de obras de teatro y uso de cine debates, entre otros.

En cualquiera de las estrategias y ámbitos citados, una línea de acción fundamental para la operación de las políticas públicas se basa en el desarrollo de competencias, habilidades y herramientas en las personas que participan en la atención integral. Este esquema incorpora acciones de sensibilización, capacitación y formación.

En conjunto estas acciones se constituyen en una oferta de formación en la Ciudad que incluye modalidad virtual, semipresencial y presencial, pláticas para la sensibilización, conferencias, cursos, talleres, diplomados, estudios de especialización y posgrados. En estas acciones participan instituciones públicas como la UNAM y la Universidad Veracruzana en la formación en línea, institutos como el INP, INER, INSP y el IAPA, CIJ, así como instancias privadas como la Universidad Hebrea, Universidad ORT, Monte Fénix y Centro Caritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas¹⁶⁰. Se añaden formaciones ofertadas por organizaciones de la sociedad civil.

También se fomenta y apoya el fortalecimiento de las competencias de personas a través de la certificación, con la cual se garantiza la pericia y experiencia en el uso de herramientas y habilidades para desarrollar acciones de prevención, consejería breve y tratamiento. Estas acciones se llevan a cabo en coordinación con CONOCER¹⁶¹ (el IAPA y CIJ están reconocidos como entidad certificadora), con quienes se han establecido perfiles para estándares de competencias¹⁶².

A pesar de estos avances en los diferentes contextos en los cuales se trabaja la prevención, es importante señalar que aún requiere de trabajo constante para consolidarlos, se tienen por delante retos como: garantizar la permanencia de los programas, proyectos o acciones, avanzar en la detección temprana desde el primer nivel de atención en salud, avanzar hacia la implementación de mejores prácticas, fortalecer mecanismos de coordinación amplios y comprometidos a mediano y largo plazo con instancias públicas, sociales y privadas, emplear estándares de evaluación de los modelos y las diferentes acciones que se llevan a cabo en la CDMX para determinar su costo-efectividad, implementar mecanismos de evaluación de impacto en el mediano y largo plazo, y sobre todo, ampliar y mejorar la cobertura de las acciones en beneficio de la población de la CDMX.

¹⁶⁰ Datos del Catálogo Nacional de Oferta Académica y de Capacitación en Materia de Adicciones. 2018. CONADIC y datos del IAPA.

¹⁶¹ Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER), coordina y promueve el Sistema Nacional de Competencias para que México cuente con empresarios, trabajadores, docentes, estudiantes y servidores públicos más competentes.

¹⁶² Es el proceso a través del cual las personas demuestran por medio de evidencias, que cuentan, sin importar como los hayan adquirido, con los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para cumplir una función a un alto nivel de desempeño de acuerdo con lo definido en un Estándar de Competencia

Así mismo, parte del reto plantea desarrollar paquetes de intervenciones integrales para modificar las condiciones del medio ambiente y la conducta individual, impulsar conceptos de “seguridad humana” con el fin de proteger y garantizar libertades esenciales para los individuos y las comunidades: la libertad de vivir sin temor, la libertad de vivir sin carecer y la libertad de vivir con dignidad.

En materia de servicios para la atención integral, particularmente de tratamiento residencial es necesario reconocer el rezago en infraestructura y personal capacitado y suficiente para realizar una atención integral y efectiva.

Como es del conocimiento general, los servicios existentes en el país, y sin ser la excepción la CDMX, son parte de un sistema que se ha generado en su gran mayoría desde la sociedad civil, en una proporción menor desde la iniciativa privada y menor aún desde el propio estado.

Antes de la creación del IAPA, no existía en la CDMX ninguna instancia que realizara actividades de supervisión y regulación sobre Centros de Atención de Adicciones (CAA's), antes conocidos como “anexos”, por lo cual en algunos de ellos existía, en ocasiones, abuso, violación a derechos humanos y tratamiento inadecuado, toda vez que la mayoría de ellos no se ajustaban a la Norma Oficial NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Por otra parte no se contaba con información precisa sobre el número de establecimientos existentes por lo que en el año 2012 se dispuso el levantamiento de un censo con información sobre su número, ubicación, modelo de operación y, de esa manera, iniciar las acciones para lograr la regularización y mejora de los servicios que prestan.

En la Ciudad las estrategias para consolidar las acciones de mejora se pueden agrupar de manera general en los siguientes elementos: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad¹⁶³. Para ello las estrategias implementadas en la Ciudad consideran el control, regulación y apego a la normatividad y, por otra parte, la apertura y fortalecimiento de los servicios existentes.

A partir de lo anterior, se realizan acciones de identificación, supervisión, verificación y monitoreo de los CAA's que operan en la CDMX, además se establecen los requisitos de cumplimiento para el otorgamiento del registro ante el IAPA, y la gestión del reconocimiento ante la CONADIC. Estos procesos se implementan con una estrategia de apoyo y acompañamiento continuo por parte del IAPA.

A la fecha se han llevado a cabo 3 mil 364 monitoreos, verificaciones y supervisiones con equipo técnico capacitado. Actualmente el padrón señala que en la Ciudad operan 271 centros con modalidad residencial de los cuales 153 cuentan con Registro del IAPA y 44 con Reconocimiento ante la CONADIC.

Si bien a partir de estas acciones se han reducido déficits de infraestructura, hacinamiento, condiciones de poca higiene, alimentación inadecuada, carencia de información a familiares y usuarios sobre el tipo de tratamiento, violaciones a los derechos humanos e integridad física de las personas, así como falta de acciones

¹⁶³ Informe especial Drogas y Derechos Humanos. 2014. CDHDF

de protección civil. Lo cierto es que el trabajo requiere de la consolidación de estos aspectos, de ampliar la cobertura, reducir la brecha de atención y continuar con acciones de mejora continua.

De manera específica, la infraestructura con la que se desarrollan los programas, proyectos y acciones para la atención integral de las personas con problemas de consumo de drogas, está conformada por: 32 Unidades de Atención Médica Especializada Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME - CAPA), 69 clínicas de tabaco, los dos Toxicológicos, los 18 Centros de Integración Juvenil y el IAPA; 11 Centros de Atención de Adicciones dependientes de las delegaciones, universidades, centros de investigación, hospitales además de instancias privadas y sociales como Monte Fénix, centros residenciales, grupos de AA, Al-Anon, Alateen, CAA´s, entre otros. Junto con todas las instituciones y organizaciones aliadas el quehacer se orienta a incidir en la disminución del consumo de sustancias psicoactivas, de sus causas y consecuencias, ofreciendo principalmente, servicios de tratamiento, reinserción social y programas de reducción de riesgos y daños.

Algunos datos recabados dan cuenta de la actividad de estas instituciones, en este sentido, desde 2012 a la fecha, los UNEME - CAPA realizaron 116 mil 959 consultas subsecuentes y han logrado llevar a cabo 5 mil 828 tratamientos breves concluidos, atendiendo principalmente drogas como la mariguana y cocaína, problemas con alcohol y por tabaco¹⁶⁴.

Adicionalmente, la Ciudad cuenta con una infraestructura especializada para la atención conformada por 69 clínicas de tabaco en unidades de salud, universidades y en unidades médicas del IMSS e ISSSTE, además de incorporar medidas de atención a distancia como la línea "Vivir sin Tabaco" a cargo de LOCATEL que opera con la asesoría del IAPA.

En la parte del fortalecimiento de los servicios de tratamiento, igual que para la prevención, destacan acciones de capacitación y formación de capital humano en materia de atención integral dirigido a personal que se encuentra trabajando con población general y con poblaciones en situación de vulnerabilidad. Así mismo es importante la sensibilización de personal que labora en organizaciones de la sociedad civil, personas servidoras públicos de diferentes instancias del Gobierno de la CDMX y de las Delegaciones Políticas.

Además de la oferta de capacitación de distintas instituciones referida con anterioridad; entre 2012 y 2018, el IAPA capacitó a 55 mil 793 personas a través de conferencias, talleres, cursos y diplomados en modalidad residencial presencial o en línea. Por su parte los UNEME - CAPA¹⁶⁵, capacitaron a 930 mil 997 personas en diferentes temáticas.

Para fortalecer la atención basada en evidencia y en buenas prácticas, el IAPA ha desarrollado 26 estudios multidimensionales con evidencia científica en materia de adicciones, cinco estudios diagnósticos para diferentes poblaciones, además de la emisión de 16 guías clínicas, normas y lineamientos técnicos, entre las que

¹⁶⁴ Datos proporcionados por la Dirección de Proyectos Estratégicos de la Secretaría de Salud de la CDMX.

¹⁶⁵ Datos proporcionados por la Dirección de Proyectos Estratégicos de la Secretaría de Salud de la CDMX.

destacan los manuales de nutrición en pacientes consumidores de alcohol, tabaco y marihuana; las guías clínicas para la atención de adolescentes de nivel secundaria con consumo de inhalables, mujeres embarazadas con consumo de sustancias psicoactivas y con familiares de usuarios de drogas; la guía clínica para urgencias médicas en la atención de intoxicaciones por abuso de sustancias psicoactivas para médicos, enfermeras y personal paramédico, así como los lineamientos para la evaluación y canalización de población en conflicto con la ley.

Por su parte, los Centros de Integración Juvenil tienen amplia oferta en publicaciones e investigaciones, cuentan con material impreso, digital y audiovisual dirigido a madres y padres, docentes, público en general y especialistas en la materia. Incluyen temas como información general sobre sustancias, información epidemiológica, tratamiento, prevención, así como otros temas relacionados con el consumo de drogas como mujeres, masculinidad, violencia, habilidades para la vida y material para autodiagnóstico.

En el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INP) se realiza investigación básica y aplicada a través del Laboratorio de neurobiología molecular y neuroquímica de adicciones. En los últimos 10 años ha desarrollado e implementado y publicado proyectos científicos relacionados con el diseño, generación y validación del biológico pentavalente (“vacuna”) contra el abuso de drogas ilegales, principalmente de morfina/heroína, cocaína y nicotina.

Adicionalmente, desarrolla publicaciones derivadas de la línea de investigación como el Estudio integral del alcoholismo y otras adicciones, de sus determinantes y consecuencias; así como a través de alguno de los siguientes proyectos de investigación:

- Epidemiología del consumo de alcohol y sus problemas en el contexto fronterizo y no fronterizo.
- Intervención en línea para el abuso de sustancias y depresión.
- “Interviniendo Muros de Salud” con usuarios de Crack en la Ciudad de México.
- Prevalencia del consumo de sustancias a través de la prueba de detección del uso de alcohol, tabaco y drogas (ASSIST) e intervención breve QUIT, en centros de atención primaria a la salud Tijuana/Los Ángeles: Estudio Binacional.
- Surgimiento y propagación del uso de crack y conductas de riesgo relacionadas en la Ciudad de México. Proyecto Binacional (México-EUA).
- Estudio sobre patrones de consumo de sustancias psicoactivas en población indígena y grupos originarios de la Ciudad de México.

Además se actualiza el diagnóstico de esta problemática, estudia la comorbilidad de los trastornos asociados al consumo de drogas y su impacto en la calidad de vida de la población. Desde 1976 realiza evaluaciones periódicas en población escolar de enseñanza media y media superior en la Ciudad de México. Desde 1987, el Sistema de Información en Drogas (SRID) recoge datos, dos veces al año, de todos los casos detectados en Instituciones de Salud y de Procuración de Justicia en la Ciudad de México, y desde 1988, se lleva a cabo la Encuesta Nacional de Adicciones.

Otras acciones para reducir las barreras de acceso al tratamiento se refieren a la implementación de proyectos de acceso universal, a través de otorgar becas a personas en condición de vulnerabilidad social, con las cuales también se ven beneficiados los centros que atienden a estas personas mediante apoyos económicos, médicos, psicológicos y de trabajo social. En este sentido, el IAPA Se han otorgado 2 mil 020 becas de tratamiento y rehabilitación en el periodo 2013 – 2018. También otras instancias otorgan becas de tratamiento como Monte Fénix en el centro femenino de Santa Martha Acatitla y la Secretaría de Salud de la Ciudad de México a través de Fundación Oceánica.

En materia de reinserción o integración comunitaria, se realizan acciones encaminadas a la inclusión de personas que terminan procesos de tratamiento a través de la realización de talleres de capacitación para el empleo en colaboración con STyFE de la CDMX, CECATI y otras organizaciones. A la fecha se han realizado 376 talleres impartidos en los Centros de tratamiento residencial. Pocos CAA's residenciales también capacitan laboralmente a personas en tratamiento, como Drogadictos Anónimos.

Otro aspecto importante es el fomento de acciones que permitan a las personas en tratamiento reincorporarse o terminar la educación básica, la certificación la lleva a cabo el INEA. Además, se promueve el acceso a la educación media superior, principalmente en su modalidad en línea.

La Evaluación Diagnóstica de las Políticas Públicas en materia de adicciones (UAM, IAPA, 2012), señala que existen esfuerzos dispersos y desarticulados entre los sectores público, social y privado para atender el tema de las adicciones. Además, refiere que las delegaciones políticas no contaban con programas de trabajo para la atención de las adicciones a nivel interno, carecían de vinculación con otras dependencias y con diferentes instituciones y organizaciones de la sociedad civil para atender el tema en su territorio.

A partir de esta evaluación el IAPA integró información diagnóstica en materia de adicciones de las 16 Delegaciones Políticas para coadyuvar a la construcción del "Programa delegacional para la atención del consumo de sustancias psicoactivas", además se elaboraron Lineamientos para la integración y operación de los Consejos Delegacionales para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas, de los cuales es parte integrante, impulsando su instalación y funcionamiento periódico desde 2011.

Desde el año 2011, buscando resolver el aislamiento de las delegaciones con otras dependencias e instituciones para la atención del consumo de SPA, el IAPA ha promovido la vinculación y coordinación de esfuerzos interinstitucionales, gracias a ello, desde el 2013 se cuenta con la participación, en cada una de las 16 delegaciones, de las Unidades de Atención Primaria a las Adicciones, de las 16 Jurisdicciones Sanitarias de los Servicios de Salud de la CDMX, de los 18 Centros de Integración Juvenil, las 16 Unidades del Instituto de las Mujeres de la CDMX, Instituto de la Juventud de la CDMX, los 16 Coordinadores del Programa PREPA SÍ del Fideicomiso Educación Garantizada, de los planteles del Instituto de Educación Media Superior, de las 16 Unidades de Atención y Prevención de la Violencia

Familiar, de la Secretaría de Seguridad Pública, y los Representantes de las 16 Delegaciones Políticas. De esta manera se ha ido fortaleciendo un trabajo coordinado y focalizado. A la fecha se han llevado a cabo 22 reuniones interinstitucionales generales, convocadas cada tres meses por el IAPA, independientemente de que cada mesa de coordinación se reúne en su delegación cuando lo considera necesario.

Para fortalecer la vinculación y garantizar la transversalidad en la atención, se han firmado convenios de colaboración interinstitucional, a la fecha el IAPA ha firmado con instancias educativas, de la administración pública local y federal, así como privadas, sindicatos y de la sociedad civil con el objetivo de conjuntar esfuerzos, recursos, experiencias y conocimientos para la atención integral de personas en materia de consumo de sustancias psicoactivas.

Particularmente para el consumo de tabaco, se implementaron políticas integrales, desde la promoción del apego y respeto al marco normativo, medidas en materia de control de la oferta, además de medidas como la sensibilización a la población sobre daños y consecuencias, la realización de foros con especialistas, la promoción de espacios 100% libres de humo de tabaco y la difusión de servicios de tratamiento.

Fiel a la visión de Ciudad incluyente, amigable y con respeto a los derechos humanos, se torna de suma importancia el desarrollo de estudios sobre el tema del consumo de drogas en poblaciones en situación de vulnerabilidad. Este escenario coloca a la CDMX como entidad de vanguardia al desarrollar este tipo de estudios.

En este sentido, se han llevado a cabo investigaciones epidemiológicas y de caracterización sobre las siguientes poblaciones: Personas Adultas Mayores, Personas Indígenas, Personas con Discapacidad, Personas en Situación de Calle, Personas en Reclusión, Personas con Consumo de Drogas y Comorbilidad Psiquiátrica.

Para ofrecer atención de acuerdo a las necesidades y problemáticas detectadas en estas poblaciones, la CDMX a través del IAPA, lleva a cabo estrategias para desarrollar actividades de vinculación y fortalecimiento de acciones con Instituciones y Organizaciones de la Sociedad Civil que atienden a estas personas, se busca integrarlos en esquemas de atención integral en el tema de consumo de drogas, para ello se desarrollan acciones de prevención, detección, canalización, tratamiento e integración comunitaria.

También se realizaron acciones de promoción de la salud y prevención de adicciones dirigidas a estas poblaciones, para lo cual se proporcionó información sobre el uso de drogas y sus consecuencias en la salud, como pilar de la estrategia se sensibilizó a las personas cuidadoras y personal que labora en esas instancias sobre el tema de consumo de drogas.

En el caso de personas adultas mayores, se implementaron talleres para desarrollar herramientas que les permitieran adquirir un rol como promotores y agentes de cambio en sus propias familias y en la comunidad, además en este esquema se habilitaron a jóvenes para la promoción de la salud con esta población.

Para personas con discapacidad se llevan a cabo acciones para habilitar a personal que lo atiende a través de talleres sobre sensibilización, crianza positiva y detección de factores de riesgo. Durante dos años consecutivos se ha mantenido la estrategia por parte del IAPA.

Además de las acciones referidas, se han organizado mesas de intercambio de experiencias con instituciones como el Instituto para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) para elaborar propuestas de fortalecimiento de la atención a través de la incorporación del enfoque de prevención de adicciones y promoción de estilos de vida saludable en las diferentes estrategias que operan.

En el caso de personas en riesgo de calle o en situación de calle, la Ciudad implementó una estrategia a través del denominado Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Personas en Riesgo de Vivir en Calle e Integrantes de las Poblaciones Callejeras en la Ciudad de México, en el cual participan distintas instituciones con el objeto de atender de manera integral a estas poblaciones y así favorecer, restituir, hacer exigibles y reconocerles el goce y ejercicio de sus derechos humanos. El IAPA participa con acciones de prevención, detección, canalización y otorgamiento de becas de tratamiento por consumo de drogas.

Para personas en conflicto con la ley, el consumo problemático de drogas se atiende desde tres ejes: la habilitación de personal que imparte justicia y que atiende en cualquier fase del proceso legal en el que se encuentren las personas en conflicto con la ley; el fortalecimiento con apoyo técnico de acciones de detección, tratamiento y reinserción en materia de consumo de drogas, y la atención directa a personas con consumo de droga y en conflicto con la ley.

Se ha mantenido una estrecha relación con la Subsecretaría de Sistema Penitenciario de la Ciudad, se busca implementar modelos de atención integral para el control del consumo de sustancias psicoactivas, con base en estándares internacionales, además se apuesta por la formación de personal. A la fecha se ha capacitado a 2 mil 646 personas del personal técnico, de seguridad para sensibilizarlo, además de formación especializada como la capacitación dirigida a médicos legistas.

En materia de infraestructura de los servicios de tratamiento, se apoyan las diferentes clínicas que se encuentran en el interior de los centros de reclusión, se incorporan acciones para la detección temprana y diagnóstico de la adicción, y también se lleva a cabo la supervisión y verificación de su funcionamiento, todo ello confirma la necesidad de avanzar en la implementación de un modelo integral de atención de las adicciones para nuestra ciudad.

También se trabaja con los órganos de impartición de justicia en la emisión de lineamientos para la atención de personas con consumo de drogas y en conflicto con la ley, se implementó en la ciudad un mecanismo de coordinación para canalizar a las personas a tratamiento; como en otras acciones se ha impartido capacitación para el personal y se impulsan esquemas para implementar programas para desarrollar medidas alternativas como el tratamiento a sanciones privativas de libertad, bajo el marco de la llamada justicia terapéutica.

Otra prioridad será entonces avanzar en el diseño e implementación de un modelo de justicia terapéutica que cuente con los equipos de profesionales suficientes para atender la demanda de adultos y adolescentes en conflicto con la ley ya que actualmente los ministerios públicos y los tribunales carecen de ellos y el IAPA no cuenta con el personal suficiente para la evaluación diagnóstica, participación en audiencias de ley, seguimiento al tratamiento y post tratamiento de cada una de las personas referidas.

Así pues, a pesar de los avances en la materia de coordinación y vinculación, es preciso reconocer que se debe continuar con un trabajo para el robustecimiento de políticas estables a mediano y largo plazo, avanzar para contar con acciones permanentes, articuladas y con planificación estratégica coordinadas entre las diferentes instituciones, así como con la participación de todos los sectores de la sociedad.

Por ende, como se ha mencionado ya, el diseño, construcción y operación del Programa General ofrece un instrumento idóneo para trazar los ejes, lineamientos y disposiciones relacionadas con la prevención, el tratamiento y la integración social como parte de la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad.

La finalidad que se persigue es la mejora de las condiciones de salud y el bienestar de las personas a través de la reducción del consumo de sustancias psicoactivas en la población de la CDMX. Esto abre la ventana de oportunidad para el inicio de acciones que se transformen en política pública desde las cuales se haga frente al problema del consumo de drogas por la población en general, con énfasis en niñas y niños, adolescentes y jóvenes, y en poblaciones vulnerables.

Materia aparte es la investigación desarrollada para tener un panorama local con la finalidad de conocer las tendencias y las variables asociadas al consumo de sustancias, y de esa manera ofrecer información que permita a los tomadores de decisión planificar estrategias para ofertar servicios cada vez más adecuados, eficientes y de mayor impacto.

En la Ciudad, como entidad de vanguardia, se promueve el desarrollo y divulgación de investigación con el propósito de realizar aportaciones científicas y tecnológicas de innovación, obtener nuevos conocimientos en materia de adicciones y cerrar la brecha entre la investigación y los escenarios de aplicación para contribuir a resolver problemas específicos.

En este sentido, la CDMX es la única entidad en el país con datos de sobre muestra en la encuesta nacional, en encuesta de estudiantes cuenta con mediciones periódicas desde 1976 y tendencias desde el año 1989, así como diagnósticos para otras poblaciones como: personas adultas mayores, personas con discapacidad, personas en situación de calle y personas indígenas, además de investigaciones especializadas como investigación científica en neurociencias y conducta, comorbilidad psiquiátrica y consumo de drogas, investigación de modelos de prevención de adicciones en la Ciudad de México, consumo de tabaco durante el embarazo, entre otros. Estos estudios se han propuesto y realizado por el IAPA en coordinación con instancias académicas y de investigación. Por ello, es

indispensable contar con los recursos necesarios para lograr continuidad en las mediciones y así llevar a cabo la encuesta de estudiantes proyectada para 2019.

Además, es importante señalar que la Ciudad cuenta con los más importantes institutos de investigación e instituciones de educación superior públicas y privadas que son generadoras de investigaciones en materia de adicciones o en temas correlativos. Instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, CIJ, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Autónoma Metropolitana, entre otras.

La intención es seguir ampliando el margen de diseño e implementación de proyectos de investigación que permitan explicar el fenómeno y de esa manera robustecer el campo de las políticas públicas con la evidencia científica para la toma de decisiones.

OBJETIVO GENERAL, VISIÓN DE CIUDAD Y PRINCIPIOS RECTORES

El Objetivo General del Programa General para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2018-2024 consensuado en la consulta a los actores involucrados fue retrasar la edad de inicio, evitar el consumo y reducir los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas entre las personas que habitan en la Ciudad de México; mediante acciones de prevención, tratamiento de las adicciones e integración comunitaria de las personas con consumo de drogas, sustentadas en la formación de recursos humanos, la investigación, el cumplimiento de la normatividad y la coordinación y articulación de esfuerzos intersectoriales.

El Programa General emana de una “Visión de Ciudad” de mediano plazo –al año 2024–, que integra las preocupaciones de los actores públicos, privados y sociales de la Ciudad de México y pone de relieve la realidad a la cual se aspira llegar en materia de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas. De esta manera, se establece que:

La Ciudad de México será una ciudad de avanzada, ejemplo a seguir, en la reducción de los factores de riesgo del consumo y daños ocasionados por éste; en la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas; logrará la prevención del consumo en poblaciones vulnerables, especialmente en niñas, niños y jóvenes, a partir de una educación responsable e integral, con la participación de los padres y madres de familia, la comunidad y las autoridades escolares, enfocada en el desarrollo de capacidades y habilidades para la vida; brindará servicios de tratamiento e integración comunitaria oportunos, de calidad y con apego a modelos científicamente comprobados a las personas usuarias de sustancias psicoactivas y sus familias que así lo requieran, aprovechando la infraestructura y los recursos humanos públicos, privados y sociales disponibles y fomentando la coordinación y actuación intersectorial e interdependencial en todo momento; se distinguirá por contar con una población informada, consciente y sensible respecto al tema, capaz de participar de manera activa y organizada en la atención integral del problema del consumo de sustancias psicoactivas; y garantizará el cumplimiento efectivo, igualitario y no discriminatorio de los derechos de las personas con consumo, de las personas rehabilitadas y de la ciudadanía en general.

En general, esta “Visión de Ciudad” responde a los siguientes principios:

1. *Programa humanista.* El centro del Programa son las personas, consideradas como sujetos de derechos y no únicamente usuarios de servicios asistenciales. La promoción y el respeto de los derechos humanos, así como la realización progresiva de los derechos de las personas y de su bienestar deberá orientar el diseño e implementación de las líneas de acción que se deriven del Programa. Éstas deberán buscar la no criminalización de las personas con consumo de drogas.
2. *Programa apegado a la igualdad y no discriminación.* Las acciones de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas deberán atender a todas las personas sin discriminación, y se tomarán medidas de nivelación, inclusión y acciones afirmativas para garantizar que los grupos históricamente

discriminados puedan acceder en condiciones de igualdad a sus derechos relacionados con los servicios de atención integral. De igual manera, estos servicios deberán adaptarse a las características de los diferentes grupos de población, considerando, entre otras perspectivas, la de género y la intercultural.

3. *Programa basado en la corresponsabilidad social.* La política pública de atención integral del consumo de sustancias psicoactivas debe interesar e involucrar a los sectores público, social y privado en su diseño, implementación, seguimiento y evaluación. Se debe favorecer el interés general de la sociedad en el diseño de las políticas públicas, así como el máximo nivel de participación de la sociedad, con la finalidad de incorporar de manera activa a los diferentes sectores en la promoción de la salud y la prevención de los factores de riesgo.
4. *Programa interdependencial.* La coordinación entre las instituciones del Gobierno de la Ciudad y las autoridades de la Administración Pública Federal para el diseño y aplicación de las acciones de atención integral del consumo es fundamental. La actuación coordinada, a través de la incorporación de acciones específicas complementarias en los programas educativos, sociales, culturales y de desarrollo a cargo de diversas dependencias, entidades y órganos que la conforman, permitirá evitar duplicidades y crear sinergias para alcanzar un mayor impacto entre las personas que habitan en la Ciudad de México.
5. *Programa moderno.* El uso de nuevas tecnologías de la información y la comunicación es imprescindible en toda política pública en la época actual, por lo que se busca su uso adecuado y mejor aprovechamiento para promover la innovación, adaptada al contexto de la Ciudad, en la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas. Lo anterior implica, además, resguardar la identidad y proteger los datos personales de las personas usuarias de los servicios contemplados.
6. *Programa basado en el conocimiento científico.* Las acciones de atención integral parten de modelos teóricos, ejemplos de buenas prácticas a nivel nacional e internacional, y de la mayor evidencia científica disponible. Asimismo, con el objeto de ofrecer una mejora continua en todo momento, bien fundamentada y objetiva, se procura el seguimiento, la evaluación y rendición de cuentas, con la participación de instituciones públicas, privadas, organismos no gubernamentales y organizaciones sociales.
7. *Programa basado en el respeto a la ley.* Las acciones de atención integral deben diseñarse, implementarse y evaluarse con estricto apego y respeto a las disposiciones normativas vigentes. Adicionalmente, las acciones de atención integral realizadas por los distintos actores (públicos, sociales y privados) deben promover el mayor conocimiento y respeto posibles de dicho marco normativo.

Para el logro del objetivo del PGAICSP, se plantean acciones en tres ejes:

Prevención. Conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo

sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales.¹⁶⁶

Tratamiento: el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.¹⁶⁷

Integración Comunitaria: Conjunto de acciones que tienen como finalidad reintegrar a las personas con consumo de sustancias psicoactivas a la sociedad y cuenta con alternativas para mejorar sus condiciones de vida e incidir en su bienestar.¹⁶⁸

Cada eje cuenta con objetivos específicos, indicadores estratégicos que permitirán medir su impacto, estrategias, líneas de acción, responsables e indicadores de gestión.

Es importante señalar que los responsables planteados en cada línea de acción son los entes cuyas competencias y atribuciones tienen una vinculación con su ejecución de manera directa o indirecta y no son exclusivas ni limitativas en su desarrollo, ya que se podrán sumar otras instituciones y organizaciones interesadas y comprometidas en la prevención, tratamiento e integración comunitaria de personas con consumo de drogas.

¹⁶⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, Secretaría de Salud, Diario Oficial, México, 21 agosto, 2009.

¹⁶⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, Secretaría de Salud, Diario Oficial, México, 21 agosto, 2009.

¹⁶⁸ Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal, Art. 46

MATRIZ DE ARTICULACIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Objetivo General:

Retrasar la edad de inicio, evitar el consumo y reducir los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas entre las personas que habitan en la Ciudad de México; mediante acciones de prevención, tratamiento de las adicciones, e integración comunitaria de las personas con consumo de drogas sustentadas en la formación de recursos humanos, la investigación, el cumplimiento de la normatividad y la coordinación y articulación de esfuerzos intersectoriales.

Eje 1	Prevención		
Objetivo	Desarrollar y consolidar acciones para la prevención de las adicciones para retrasar la edad de inicio y evitar el consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad de México.		
Indicadores estratégicos	1. Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, prioritariamente en la población joven. 2. Edad de inicio del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas		
Estrategias y líneas de acción	Descripción	Responsables	Indicadores
1.1.	Desarrollar e implementar campañas de información, orientación y sensibilización para generar conciencia, reforzar compromiso y actitudes frente a los riesgos y daños del consumo de drogas, particularmente en la población vulnerable.		
1.1.1.	Diseñar campañas de prevención, atendiendo las características de los diferentes sectores de la población y los diferentes ámbitos a partir de un plan de comunicación que ponga las prioridades en los mensajes, poblaciones prioritarias y canales comunicativos.	IAPA	Campañas de prevención diseñadas atendiendo las características específicas de los diferentes sectores de la población
1.1.2.	Destinar el 10% del presupuesto de comunicación social para implementar campañas orientadas a la prevención	Órganos político-administrativos y todas las dependencias del Gobierno de la Ciudad de México	Campañas de prevención realizadas por los entes del GCDMX y poblaciones beneficiadas Dependencias que destinan el 10% de su presupuesto en acciones para prevenir las adicciones

1.1.3.	Realizar programas y campañas para desincentivar el consumo de tabaco en el hogar.	SEDESA, UNEMES CAPA	Programas y campañas realizados para desincentivar el consumo de tabaco en el hogar.
1.1.4.	Sensibilizar a la población sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar, escolar, laboral, de procuración de justicia, penitenciario, comunitario y entre medios de comunicación.	SSP, SEDESA, SEDU, UNEMES CAPA, IAPA, INDEPORTE, Órganos Político Administrativo, Consejo Ciudadano, Locatel.	Personas sensibilizadas
1.2.	Fortalecer y generar entornos saludables, protectores, libres de violencia en el ámbito individual, familiar, laboral y comunitario.		
1.2.1.	Implementar acciones de promoción de la salud prioritariamente entre las poblaciones vulnerables y zonas de riesgo.	SEDESA, SEDU; Órganos Político Administrativos, INDEPORTE, DIF, SEDESO.	Acciones de promoción de la salud implementadas Personas beneficiadas con acciones de promoción de la salud
1.2.2.	Diseñar e implementar acciones para el desarrollo de habilidades socioemocionales, vínculos afectivos, redes de apoyo y capacidades que potencien el desarrollo humano y la convivencia social en la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad.	UNEMES CAPA, DIF, SEDU, SEDESO, INJUVE, INMUJERES, INDEPORTE, Secretaría de Cultura, PROSOC, Órganos Político Administrativos ¹⁶⁹	Acciones Implementadas para el desarrollo humano y la convivencia pacífica Personas beneficiadas con acciones para el desarrollo de humano y la convivencia pacífica
1.2.3.	Crear, recuperar y fortalecer los espacios y servicios públicos para la convivencia social, la recreación, el deporte, la cultura, el uso del tiempo libre y el ocio.	INDEPORTE, Secretaría de Cultura, PROSOC, Órganos Político Administrativos.	Espacios creados y recuperados Servicios ofrecidos a población vulnerable
1.2.4.	Conformar y operar una red intersectorial de servicios de educación informal, capacitación para el trabajo, cultura, deporte, recreación orientados a las niñas, niños y adolescentes, particularmente para los que se encuentren en situación de riesgo y o vivan en zonas de mayor marginalidad, para prevenir el consumo de drogas y otras conductas de riesgo.	SEDU, STyFE, Secretaría de Cultura, INDEPORTE, Instituto de Capacitación para el Trabajo.	Instituciones participantes en la Red intersectorial Niñas, niños y jóvenes atendidos por la Red

¹⁶⁹ El Consejo de Prevención Social del Delito y la Violencia, tiene entre sus funciones en la prevención social del delito la “*prevención de adicciones entre niños, jóvenes y adultos* “. Asimismo, el Sistema de Desarrollo, Participación y Protección de los Derechos de las Personas Jóvenes integrado por SE,SEDESO, INJUVE, INMUJERES, INDEPORTE y los Órganos Político Administrativos tiene entre sus funciones la de “*Proponer, diseñar, planear y dar seguimiento a las políticas tendientes a fomentar la inclusión de personas jóvenes que tienen un uso problemático de drogas*”

1.2.5.	Fomentar la participación informada, permanente y responsable de las figuras de participación ciudadana en las acciones, programas y proyectos de promoción y mejoramiento de la salud, en la prevención de enfermedades y accidentes relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.	SEDU, SEDESA, DIF, IAPA, Órganos Político Administrativos.	Asociaciones de Padres de Familia, Consejos Escolares de Participación Social y Comités Ciudadanos participantes en acciones de prevención de adicciones
1.3.	Ejecutar programas para la prevención del consumo de drogas y de otras conductas de riesgo entre las diferentes poblaciones, en diferentes ámbitos y territorios, atendiendo sus características y necesidades con la participación del sector público, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, atendiendo los Lineamientos Nacionales para la Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y otras Drogas emitidos por CONADIC.		
1.3.1.	Diseñar y ejecutar programas preventivos orientados a madres y padres de familia, tutores y cuidadores.	DIF, SEDESO, UNEMES CAPA, IAPA	Madres, padres, tutores y cuidadores participantes en programas preventivos
1.3.2.	Diseñar e implementar programas preventivos en los diferentes niveles educativos.	UNEMES CAPA, SEDU, IAPA, CIJ, Instituciones de Educación Básica, Educación Media y Superior	Estudiantes participantes en los programas preventivos
1.3.3.	Diseñar e implementar programas preventivos en el ámbito laboral.	Órganos político administrativos, Instituciones de la Administración Pública de la CDMX, OSC, Sindicatos y Empresas interesadas	Personas participantes en los programas preventivos implementados en el ámbito laboral
1.3.4.	Diseñar e instrumentar programas preventivos en el ámbito comunitario, así como en las zonas de mayor riesgo.	UNEMES CAPA, SSP, Comités Ciudadanos,	Personas participantes en los programas preventivos implementados en el ámbito comunitario y en zonas de riesgo
1.3.5.	Diseñar y desarrollar programas preventivos en el ámbito penitenciario y con las familias de las personas privadas de su libertad.	SEDESA, SGCDMX	Personas participantes en los programas preventivos implementados en el ámbito penitenciario y con las familias de las personas privadas de su libertad
1.3.6.	Diseñar e implementar programas preventivos para poblaciones con mayor vulnerabilidad: niñas, niños, jóvenes, mujeres, personas con discapacidad, indígenas, personas en situación de calle, migrantes, LGBTTTI, adultos mayores, hijas e hijos de personas privadas de su libertad y adolescentes en conflicto con la ley.	UNEMES CAPA, SEDESO, IASIS DIF, INJUVE, INMUJERES, INDEPEDI, SEDEREC, IAAM, SGCDMX, IAPA.	Personas de cada una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad participantes en programas preventivos

1.3.7	Diseñar y ejecutar el programa contra el alcoholismo y el tabaquismo de la Ciudad de México.	SEDESA	Personas beneficiadas con el programa contra el alcoholismo
			Personas beneficiadas con el programa contra el tabaquismo
1.4	Detectar conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas y derivar para su atención oportuna.		
1.4.1.	Conformar y operar una red intersectorial para la detección temprana, derivación y atención de conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas.	UNEMES CAPA, SEDU, SEDESO, INJUVE, INMUJERES, IAAM, INDEPEDI, DIF, IAPA, CIJ	Instituciones participantes en la Red intersectorial
			Acciones de detección temprana, derivación y atención de conductas de riesgo implementadas por la Red
1.4.2.	Diseñar e instrumentar protocolos de detección oportuna y canalización para grupos de población específicos y en diferentes ámbitos.	UNEMES CAPA, SEDU, SEDESO, INJUVE, INMUJERES, IAM, INDEPEDI, DIF, IAPA, CIJ	Protocolos de detección oportuna y canalización para grupos de población específicos y en diferentes ámbitos diseñados e instrumentados
1.4.3.	Implementar campañas para la detección oportuna y atención de conductas de riesgo en el ámbito familiar.	DIF, SEDESO, SEDESA, IAPA.	Campañas implementadas en el ámbito familiar para la detección oportuna y atención de conductas de riesgo
1.4.4.	Detectar conductas de riesgo asociadas al consumo en el ámbito escolar y derivar a las personas para su atención	UNEMES CAPA, SEDU, Órganos Político Administrativos, SEP	Personas con conductas de riesgo asociadas al consumo detectadas y derivadas para su atención
1.4.5.	Ejecutar campañas para la detección y derivación oportuna de conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral y comunitario.	SEDESA, Órganos Político Administrativos, Comités Ciudadanos, IAPA	Campañas implementadas en el ámbito laboral y comunitario para la detección oportuna y atención de conductas de riesgo
1.4.6.	Realizar campañas para la detección y derivación oportuna de conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias psicoactivas para población vulnerable: niñas, niños, jóvenes, mujeres, personas con discapacidad, indígenas, personas en situación de calle, migrantes, población LGTBTTI, adultos mayores, hijas e hijos de personas privadas de su libertad	SEDESA, Órganos Político Administrativos, SEDESO, DIF, INJUVE, INMUJERES, INDEPEDI, SEDEREC, IASIS, IAAM, SGCDMX	Campañas implementadas entre la población vulnerable para la detección oportuna y atención de conductas de riesgo
1.4.7.	Instrumentar un sistema de seguimiento de la derivación de personas con conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.	SEDESA, Órganos Político Administrativos, Comités Ciudadanos, IAPA, SEDESO, DIF, INJUVE, INMUJERES, INDEPEDI, SEDEREC, IASIS, IAAM, SGCDMX	Personas derivadas a servicios de atención de conductas de riesgo.

1.4.8.	Atender las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas como son los trastornos de salud mental, violencia, bajo rendimiento escolar, conductas sexuales riesgosas.	SEDESA, SEDESO, SEDU, INJUVE ¹⁷⁰ , INMUJERES.	Personas beneficiadas con servicios de salud mental, psicológicos, de salud sexual y psiquiátricos
1.5	Capacitar y formar como multiplicadores y promotores para la prevención de conductas de riesgo –incluyendo el consumo de drogas- a servidores públicos, personal de organizaciones sociales y del sector privado para la realización de acciones, proyectos y programas preventivos.		
1.5.1.	Elaborar e implementar un plan de capacitación y formación para la prevención de adicciones basado en las necesidades de capacitación para el desarrollo del Programa General.	IAPA	Plan de capacitación y formación elaborado y operado
1.5.2.	Capacitar y formar multiplicadores de los sectores público, social y privado para el desarrollo de habilidades, vínculos afectivos y redes de apoyo que potencien el desarrollo humano y la convivencia social en la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad.	UNEMES CAPA, IAPA, DIF, SEDU, SEDESO, INJUVE, INMUJERES, INDEPORTE, Secretaría de Cultura, PROSOC, Órganos Político Administrativos	Personas capacitadas en el desarrollo humano y la convivencia pacífica
1.5.3.	Capacitar y formar al personal administrativo y docente de educación básica, medio superior y superior para la prevención de adicciones, detección oportuna y derivación.	UNEMES CAPA, IAPA, Instituciones y Organizaciones certificadas por el IAPA	Personas del ámbito escolar capacitadas y formadas para la prevención de adicciones
1.5.4.	Capacitar y formar a servidores públicos del ámbito de salud, de seguridad pública, de justicia y del deporte, así como responsables de servicios de atención a conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas para la prevención de adicciones, detección oportuna y derivación.	UNEMES CAPA, IAPA, Instituciones y Organizaciones certificadas por el IAPA	Servidores públicos del ámbito de salud, de seguridad pública, de justicia y del deporte, así como responsables de servicios de atención a conductas de riesgo asociadas al consumo, capacitados y formados para la prevención de adicciones
1.5.5.	Capacitar y formar a servidores públicos que atienden a poblaciones vulnerables: niñas, niños, jóvenes, mujeres, personas con discapacidad, indígenas, personas en situación de calle, migrantes, población LGBTTTI, para la prevención de adicciones, detección oportuna y derivación.	UNEMES CAPA, IAPA, Instituciones y Organizaciones certificadas por el IAPA	Servidores públicos que atienden a poblaciones vulnerables, excluyendo el ámbito escolar, capacitadas(os) y formadas(os) para la prevención de adicciones

¹⁷⁰ A través de las Clínicas de las Emociones.

1.5.6.	Capacitar y formar a integrantes de organizaciones de la sociedad civil, así como del sector privado, para la prevención de adicciones, detección oportuna y derivación.	UNEMES CAPA, IAPA, Instituciones y Organizaciones certificadas por el IAPA	Personas de organizaciones sociales y del sector privado capacitadas y formadas para la prevención de adicciones
1.5.7	Crear y operar un sistema de capacitación a distancia para servidores públicos, personal de organizaciones e instituciones sociales y privadas involucradas en la ejecución de las líneas de acción del Programa General.	IAPA	Servidores públicos capacitados a través de la plataforma virtual
			Cursos impartidos en la plataforma de capacitación virtual
1.5.8.	Promover la impartición de una asignatura específica en los planes y programas de estudio de nivel medio superior y superior, particularmente de profesiones relacionadas con la salud, con el objetivo de orientar y capacitar contra el tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia.	SEDESA, IAPA, Instituciones de educación media y superior.	Planes y programas de estudio en los que se incorporó una asignatura sobre la prevención o atención de adicciones
1.5.9.	Fomentar la certificación de competencias de personas físicas y organizaciones en materia de prevención de adicciones y difundir el padrón de personas y organizaciones certificadas.	IAPA, CIJ	Personas y organizaciones certificadas en materia de prevención de adicciones
1.6.	Generar y difundir el conocimiento sobre la prevención de adicciones, mediante el desarrollo de investigación científica y la evaluación.		
1.6.1	Elaborar diagnósticos sobre el consumo de drogas en grupos de población específicos.	IAPA, SEDESA, SEDU, SEDESO, INJUVE, INMUJERES, IAAM, INDEPEDI, IASIS, DIF, SEDEREC,SGCDMX	Diagnósticos sobre el consumo de drogas en poblaciones específicas elaborados
1.6.2.	Desarrollar investigaciones sobre la existencia de nuevas sustancias psicoactivas y los nuevos patrones de consumo	IAPA, SEDESA,CIJ	Investigaciones sobre nuevas sustancias y patrones de consumo realizadas
1.6.3.	Elaborar diagnósticos para la detección de necesidades en materia de prevención de adicciones a nivel colonia y darlos a conocer a las autoridades competentes para su atención	Comités Ciudadanos (Coordinación de Desarrollo Social, Educación y Prevención de las Adicciones)	Diagnósticos de detección de necesidades en materia de prevención de adicciones por colonia elaborados
1.6.4	Integrar y difundir un banco de buenas prácticas nacionales e internacionales sobre prevención de adicciones en distintos ámbitos y grupos de población	IAPA	Buenas prácticas nacionales e internacionales sobre prevención difundidas

1.6.5.	Alimentar el Observatorio Especializado en Sustancias Psicoactivas.	IAPA, SEDESA, UNEMES CAPA, CIJ, Órganos Político Administrativos.	Número de actualizaciones del Observatorio Especializado en Sustancias Psicoactivas
1.6.6.	Desarrollar investigación y diseño de modelos, proyectos y programas preventivos que atiendan las necesidades y características de los grupos de población, así como de las zonas de riesgo	IAPA, SEDESA, UNEMES CAPA, Universidades, Institutos de investigación	Investigaciones sobre modelos, proyectos y programas preventivos realizadas
			Modelos, proyectos y programas preventivos diseñados
1.6.7.	Homologar y difundir los criterios para la validación y evaluación de los modelos de prevención de adicciones.	IAPA,	Criterios para la validación y evaluación emitidos y difundidos
1.6.8.	Realizar evaluaciones de los modelos, proyectos, estrategias y acciones implementadas en materia de prevención del consumo de SPA.	IAPA Universidades, Institutos de investigación	Modelos, proyectos y programas preventivos evaluados
1.6.9.	Conformar y operar una red de instituciones e investigadores para el intercambio y difusión de información y resultados de investigaciones en materia de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	IAPA	Instituciones e investigadores participantes en la red
			Reuniones de trabajo de la Red realizadas
1.6.10	Crear espacios y realizar eventos para la difusión del conocimiento, el intercambio de experiencias e ideas para la prevención de adicciones.	IAPA, SEDESA, UNEMES CAPA, CIJ	Eventos para la difusión del conocimiento, el intercambio de experiencias e ideas para la prevención de adicciones realizados.
1.6.11.	Publicar investigaciones relativas al consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad de México y la prevención de adicciones.	IAPA Universidades, Institutos de investigación	Investigaciones relativas al consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad de México y la prevención de adicciones publicadas
1.6.12.	Conocer y opinar respecto de los planes, programas, proyectos y acciones en materia de prevención de adicciones a cargo de la administración pública.	Comités Ciudadanos (Coordinación de Desarrollo Social, Educación y Prevención de las Adicciones)	Opiniones de los Comités Ciudadanos realizadas al Programa General
1.6.13.	Gestionar mayores recursos públicos y financiamientos para la investigación y evaluación de programas y proyectos preventivos.	SEDESA, IAPA	Financiamientos para la investigación y evaluación de programas y proyectos preventivos obtenidos
1.7	Fortalecer la normatividad y legalidad para la prevención de adicciones.		

1.7.1.	Emitir lineamientos y criterios para mejorar los servicios, acciones, proyectos y programas en materia de prevención de adicciones y promover su cumplimiento.	IAPA	Lineamientos y criterios emitidos para mejorar los servicios, acciones, proyectos y programas en materia de prevención de adicciones.
1.7.2.	Elaborar propuestas de modificación al marco normativo en materia de prevención de adicciones.	IAPA	Propuestas de modificación al marco normativo en materia de prevención de adicciones elaboradas
1.7.3.	Elaborar y ejecutar a través del Consejo Delegacional para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas un Programa Delegacional para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas.	Órganos Político Administrativos	Programas delegacionales para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas elaborados y ejecutados
1.7.4.	Implementar programas administrativos para prohibir la venta y suministro a menores de edad, personas que no tienen capacidad para comprender o resistir el consumo de sustancias psicoactivas, dirigidos a los establecimientos mercantiles	Órganos Político Administrativos,	Programas administrativos para prohibir la venta y suministro a menores de edad de sustancias psicoactivas, dirigidos a los establecimientos mercantiles elaborados
1.7.5.	Implementar campañas informativas y programas para evitar o disuadir la conducción de vehículos automotores bajo los influjos del alcohol, con la participación de los titulares de establecimientos mercantiles	Órganos Político Administrativos, SEDESA, SSP	Programas ejecutados para evitar o disuadir la conducción de vehículos automotores bajo los influjos del alcohol
1.7.6.	Vigilar y sensibilizar para que los titulares de establecimientos mercantiles cumplan con las disposiciones establecidas en la Ley de Establecimientos Mercantiles relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas	Órganos Político Administrativos, INVEA	Verificaciones realizadas para vigilar el cumplimiento de la Ley de Ley de Establecimientos Mercantiles relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas
1.7.7.	Dar aviso al Ministerio Público sobre venta de sustancias inhalables a menores de edad y hechos relacionados que pudieran ser constitutivos de un delito	Órganos Político Administrativos	Denuncias presentadas al MP sobre la venta de sustancias psicoactivas a menores de edad e incapaces
1.7.8	Vigilar y sensibilizar para dar cumplimiento a la Ley para la Celebración de Espectáculos Públicos en lo relativo al consumo de sustancias psicoactivas.	Órganos Político Administrativos, SGCDMX	Verificaciones realizadas para vigilar el cumplimiento de la Ley para la Celebración de Espectáculos Públicos en lo relativo al consumo de sustancias psicoactivas.

1.7.9.	Vigilar y sensibilizar para dar cumplimiento a la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores.	SEDESA, SSP; Juzgados Cívicos; Órganos Político Administrativos.	Verificaciones realizadas para vigilar el cumplimiento de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores.
1.7.10.	Promover con las autoridades federales medidas preventivas y de control en materia de publicidad	SEDESA	Medidas preventivas y de control en materia de publicidad implementadas
1.7.11.	Promover y acreditar espacios libres de humo de tabaco.	SEDESA, Órganos Político Administrativos, IAPA	Acreditaciones otorgadas a espacios libres de humo de tabaco
1.7.12.	Impulsar acciones para vigilar que no se introduzca, consuma, posea ni se comercialicen alcohol y drogas ilegales, ni sustancias tóxicas en los centros de reclusión.	SSP	Acciones realizadas para vigilar que no se introduzca, consuma, posea ni se comercialicen bebidas alcohólicas, estupefacientes, psicotrópicos ni sustancias tóxicas en los centros de reclusión.
1.7.13.	Vigilar que los titulares de permisos administrativos temporales revocables, licencias y autorizaciones temporales cedan gratuitamente uno de cada veinte espacios publicitarios para difundir mensajes de prevención de adicciones.	SEDUVI	Espacios publicitarios utilizados para difundir mensajes de prevención de adicciones
1.7.14.	Fomentar la cultura de la denuncia ante el incumplimiento de la ley en materia de venta y consumo de tabaco, alcohol, inhalables y narcomenudeo.	Consejo Ciudadano, PGJDF, SSP, IAPA	Campañas para fomentar la denuncia Denuncias presentadas por el incumplimiento de la ley en materia de venta y consumo de tabaco, alcohol, inhalables y narcomenudeo.
1.7.15.	Fortalecer la operación del Fideicomiso para la Atención Integral de las Adicciones en el Distrito Federal.	IAPA	Programas y fondos operados por el fideicomiso

Eje 2	Tratamiento		
Objetivo	Ampliar y mejorar los servicios de orientación, detección oportuna y tratamiento para <i>reducir los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas</i> .		
Indicadores estratégicos	- Ampliación de la cobertura de servicios de detección oportuna de consumo de drogas - Porcentaje de personas con consumo problemático y dependencia que acudieron a tratamiento. - Aumento de centros y servicios de atención de adicciones en la CDMX. - Personas que concluyeron tratamiento.		
Estrategias y líneas de acción	Descripción	Responsables	Indicadores
2.1.	Desarrollar e implementar campañas de información, orientación y sensibilización para la atención de las personas con consumo de drogas.		
2.1.1.	Informar, orientar y sensibilizar sobre la enfermedad de la adicción, la importancia de su diagnóstico y tratamiento	SSP, SEDESA, UNEMES CAPA, IAPA, INDEPORTE, Consejo Ciudadano, Locatel	Personas informadas, orientadas y sensibilizadas sobre la enfermedad de la adicción, la importancia de su diagnóstico y tratamiento. Servicios de información, orientación y sensibilización sobre la enfermedad de la adicción, la importancia de su diagnóstico y tratamiento proporcionados
2.1.2.	Realizar campañas orientadas a no estigmatizar, discriminar, ni criminalizar a las personas usuarias de drogas, en el ámbito familiar, escolar, laboral, de procuración de justicia, penitenciario, comunitario y entre los medios de comunicación.	Dependencias del Gobierno de la CDMX, OSC e instituciones y organizaciones privadas.	Campañas realizadas para reducir el estigma, la discriminación y criminalización de las personas usuarias de drogas, en el ámbito familiar, escolar, laboral, de procuración de justicia, penitenciario, comunitario y entre los medios de comunicación.
2.1.3	Difundir entre los diferentes grupos de la sociedad, información suficiente, pertinente, educativa y oportuna sobre los servicios de atención a personas con problemas por el consumo de sustancias psicoactivas.	SEDESA, UNEMES CAPA, IAPA, CIJ, Consejo Ciudadano, Locatel,	Campañas de difusión sobre los servicios de atención disponibles entre los diferentes sectores de la sociedad.
2.2.	Detectar, orientar y canalizar oportunamente a tratamiento.		
2.2.1.	Conformar y operar una red intersectorial para la detección y referencia de personas con consumo de drogas.	SEDESA, UNEMES CAPA, CIJ, IAPA, CAA'S, CAIAS, SEDU, Órganos Político Administrativos, DIF, SEDESO, INMUJERES, INJUVE, IAM, INDEPEDI	Instituciones participantes en la red para la detección y referencia de personas con consumo de drogas. Acciones para la detección y referencia implementadas por la red

2.2.2	Diseñar las campañas de detección oportuna del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, atendiendo las características de los diferentes sectores de la población y los diferentes ámbitos.	IAPA	Campañas de detección oportuna del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas diseñadas.
2.2.3	Destinar el 10% del presupuesto de comunicación social para implementar campañas orientadas a la detección oportuna del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	Órganos político administrativos y todas las dependencias del Gobierno de la Ciudad de México	Número de instituciones que destinaron el 10% del presupuesto de comunicación social para implementar campañas orientadas a la detección oportuna del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
2.2.4	Detectar el consumo de drogas en los usuarios de los servicios de salud de primer nivel y servicios de emergencia y canalizarlos a tratamiento.	SEDESA	Personas con consumo de drogas detectadas y canalizadas a tratamiento en los servicios de salud de primer nivel y servicios de emergencia.
2.2.5	Diseñar y aplicar protocolos para la detección y derivación de personas con consumo de drogas en el ámbito escolar, laboral, de justicia cívica y de servicios de atención a la violencia.	SEDESA, UNEMES CAPA, IAPA, SEDESO, CEJUR, INMUJERES.	Protocolos diseñados para la detección y derivación de personas con consumo de drogas en el ámbito escolar, laboral, de justicia cívica y de servicios de atención a la violencia.
2.2.6.	Diseñar y aplicar instrumentos y protocolos para la detección y derivación de personas con patología dual en los servicios de salud y en los Centros de Atención de Adicciones.	IAPA, SEDESA, UNEMES CAPA, CIJ, CAA´S, CAIAS	Instrumentos y Protocolos diseñados para la detección y derivación de personas con patología dual en los servicios de salud y en los Centros de Atención de Adicciones.
2.3.	Fortalecer los servicios de tratamiento para personas con consumo de drogas		
2.3.1.	Conformar y operar una red intersectorial de servicios de tratamiento y seguimiento para personas con consumo de drogas.	SEDESA, UNEMES CAPA, CIJ, IAPA, CAA´S, CAIAS	Número de instituciones participantes en la red intersectorial de servicios de tratamiento para personas con consumo de drogas
2.3.2.	Fortalecer los servicios de salud mental para la atención de personas con patología dual.	SEDESA	Personas con patología dual atendidos
2.3.3.	Establecer convenios con instituciones de salud federal para la atención de personas con patología dual.	IAPA, SEDESA.	Convenios firmados para la atención de personas con patología dual.
2.3.4.	Ampliar los servicios de tratamiento ambulatorio, residencial y mixto para personas con tabaquismo, alcoholismo y dependencia a otras drogas, particularmente para jóvenes y mujeres.	SEDESA, Órganos Político Administrativos-CAIAS.	Número de CAA´S nuevos.
			Número de CAA´s para jóvenes y mujeres

2.3.5.	Brindar servicios de diagnóstico y tratamiento a personas con consumo de drogas, particularmente a grupos vulnerables, atendiendo sus características y necesidades: niñas, niños, jóvenes, mujeres, personas con discapacidad, indígenas, personas en situación de calle, migrantes, población LGTTT, adultos mayores.	SEDESA, UNEMES-CAPA, IAPA Delegaciones-CAIAS SEDESOL-IASIS	Servicios de diagnóstico y tratamiento otorgados a personas con consumo de drogas de los diferentes grupos de población
			Personas con consumo de drogas atendidas a través de servicios de tratamiento
2.3.6.	Operar un sistema de expediente electrónico único que permita dar seguimiento al tratamiento y rehabilitación de las personas con consumo de drogas.	SEDESA, UNEMES CAPA, CIJ, IAPA, CAA'S, CAIAS	Número de expedientes electrónicos de personas consumo de drogas en el sistema.
2.3.7.	Promover, en el ámbito laboral y escolar, que se otorguen las facilidades y condiciones necesarias para que las personas lleven a cabo su tratamiento.	SEDESA, IAPA, StyFE, SEDECO	Personas con permisos otorgados para llevar a cabo tratamiento por consumo de drogas
2.3.8.	Ofrecer servicios de tratamiento a personas infractoras con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.	IAPA Consejería Jurídica/DEJC, SEDESA	Personas infractoras con problemas de consumo atendidas con servicios de tratamiento
2.3.9.	Otorgar servicios de tratamiento a adolescentes en conflicto con la ley consumidores de drogas.	SGCDMX	Servicios de tratamiento otorgados a adolescentes en conflicto con la ley consumidores de drogas
			Adolescentes en conflicto con la ley consumidores de drogas con servicios de tratamiento
2.3.10.	Ofrecer servicios de tratamiento integral para las personas con consumo de drogas privadas de su libertad.	SGCDMX, SEDESA	Personas privadas de su libertad en tratamiento
2.3.11.	Fomentar la participación de las familias de las personas con consumo de drogas en el proceso de tratamiento	SEDESA, UNEMES CAPA, CIJ, IAPA, CAA'S, CAIAS.	Familiares participantes en el tratamiento de personas con consumo de drogas.
2.3.12	Desarrollar programas para la atención de problemas derivados por el consumo de drogas entre las mujeres en reclusión	SGCDMX	Mujeres en reclusión beneficiadas por programas para la atención de problemas derivados por el consumo de drogas
2.3.13	Implementar programas de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas a mujeres en reclusión	SGCDMX	Mujeres en reclusión beneficiadas con programas de tratamiento y rehabilitación

2.7	Implementación de estrategias para la reducción de daños asociados al consumo		
2.7.1	Desarrollar lineamientos técnicos y operativos para la implementación de acciones para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de SPA	IAPA, SEDESA, UNEMES CAPA, CIJ	Número de lineamientos técnicos emitidos
2.7.2	Diseñar programas educativos basados en la reducción de daños que incluya materiales y estrategias de información dirigidos a personas con dependencia a sustancias psicoactivas que se nieguen a tratamiento y a dejar el consumo	IAPA, SEDESA, UNEMES CAPA, CIJ	Número de programas educativos sobre reducción de daños en operación
2.7.3.	Realizar acciones para la prevención y reducción de enfermedades de transmisión sexual y reducción de daños en personas usuarias de drogas, especialmente dirigidas a población vulnerable	Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA, IAPA, CIJ, UNEMES CAPAS	Acciones realizadas para la prevención y reducción de enfermedades de transmisión sexual y la reducción de daños en personas usuarias de drogas
2.7.4	Ofrecer servicios de atención a las personas con consumo de drogas con VIH.	Centro para la Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA	Servicios de tratamiento ofrecidos a personas con consumo de drogas con VIH. Personas con consumo de drogas con VIH beneficiadas con servicios de atención.
2.4.	Capacitar, formar y certificar a servidores públicos, personal de organizaciones sociales y de empresas para la detección y tratamiento de personas con consumo de drogas.		
2.4.1.	Diseñar con base en un diagnóstico de necesidades un plan de capacitación para el tratamiento de adicciones en la Ciudad de México.	IAPA	Planes de capacitación para el tratamiento de adicciones en la Ciudad de México elaborados.
2.4.2.	Brindar capacitación y formación a servidores públicos, personal del sector privado y social para la detección y derivación de personas con consumo de drogas.	SEDESA, UNEMES CAPA, IAPA, Instituciones y Organizaciones certificadas por el IAPA	Personas capacitadas y formadas para la detección y derivación de personas con consumo de drogas.
2.4.3.	Ofrecer capacitación y formación a servidores públicos, personal del sector privado y social para la elaboración de diagnóstico y tratamiento de personas con consumo de drogas.	SEDESA, UNEMES CAPA, IAPA, Instituciones y Organizaciones certificadas por el IAPA	Personas capacitadas y formadas para diagnosticar y tratar a personas con consumo de drogas.

2.4.4	Ofrecer capacitación y formación a servidores públicos, personal del sector privado y social para la detección y derivación de personas con patología dual.	IAPA, SEDESA; CIJ	Personas capacitadas para la detección y derivación de personas con patología dual.
2.4.5.	Certificar competencias para la detección y tratamiento de las adicciones y difundir el padrón de personas y organizaciones certificadas.	IAPA, CIJ, Instituciones certificadoras	Personas y organizaciones certificadas para la detección y tratamiento de las adicciones Padrón de personas y organizaciones certificadas difundido
2.5.	Desarrollar investigaciones para mejorar los servicios de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas por consumo de drogas y dependencia		
2.5.1.	Elaborar y actualizar encuestas y diagnósticos para mejorar los servicios de tratamiento	SEDESA, UNEMES CAPA, CIJ, IAPA, CAA'S, CAIAS	Encuestas y diagnósticos realizados para mejorar los servicios de tratamiento
2.5.2.	Realizar investigaciones sobre modelos para el tratamiento de sustancias psicoactivas atendiendo las características de los diferentes sectores de la población, particularmente de niñas, niños, mujeres y jóvenes.	IAPA, CIJ, Universidades e Institutos de Investigación	Investigaciones realizadas sobre modelos para el tratamiento de sustancias psicoactivas.
2.5.3.	Crear y difundir un banco de modelos de atención y de guías clínicas para el tratamiento de adicciones.	IAPA	Número de modelos de atención y de guías clínicas para el tratamiento de adicciones incluidas en el banco.
2.5.4.	Conformar y operar una red colaborativa de instituciones e investigadores para el intercambio y difusión de información y resultados de investigaciones en materia de tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas.	IAPA	Instituciones e investigadores participantes en la red para el intercambio y difusión de información y resultados en materia de tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas. Acciones de intercambio y difusión de información implementadas por la Red
2.5.5.	Promover la difusión de investigaciones en materia de tratamiento de adicciones, el intercambio de experiencias e ideas orientadas a mejorar los servicios de tratamiento.	SEDESA, CIJ, IAPA, CAA'S, CAIA	Eventos realizados para la difusión de investigaciones en materia de tratamiento de adicciones y mejora de los servicios de tratamiento. Investigaciones relativas al tratamiento de consumo de sustancias psicoactivas publicadas.
2.5.6.	Evaluar los servicios y modelos de tratamiento implementados en los distintos CAA's.	IAPA	Evaluaciones de los servicios y modelos de tratamiento realizadas.

2.5.7.	Gestionar financiamientos para la investigación y evaluación de programas y proyectos de tratamiento.	IAPA	Financiamientos obtenidos para la investigación y evaluación de modelos de tratamiento
2.6.	Normar y vigilar el cumplimiento de la normatividad en materia de tratamiento del consumo de drogas.		
2.6.1.	Emitir protocolos, lineamientos, criterios y guías para el diagnóstico, desintoxicación, tratamiento ambulatorio y residencial considerando las características y necesidades de los diferentes grupos de población y ámbitos de desarrollo orientados a mejorar los servicios de tratamiento.	IAPA	Protocolos, lineamientos, criterios y guías para el diagnóstico y tratamiento emitidos.
2.6.2.	Elaborar propuestas de modificación al marco legal para mejorar los servicios de tratamiento y rehabilitación de las personas con consumo de drogas.	IAPA	Propuestas de modificación al marco legal para mejorar los servicios de tratamiento y rehabilitación de las personas consumidoras de drogas elaboradas
2.6.3.	Brindar acompañamiento, asesoría técnica y legal para la operación de los centros de atención de adicciones	IAPA	Centros de Atención de Adicciones asesorados en materia de tratamiento y en materia legal.
2.6.4.	Disponer mecanismos y facilidades administrativas para la creación de Centros de Atención de Adicciones por los sectores social y privado.	Jefatura de Gobierno	Disposiciones legales emitidas para facilitar la creación de Centros de Atención de Adicciones por los sectores social y privado.
2.6.5.	Otorgar subsidios a los Centros de Tratamiento públicos y privados para mejorar sus instalaciones y servicios.	Jefatura de Gobierno	Subsidios para mejorar las instalaciones y servicios de los CAA's otorgados. Centros con subsidios otorgados
2.6.7.	Regular y supervisar a los Centros de Atención de Adicciones.	APS, IAPA, IASIS,	Verificaciones realizadas para regular y supervisar a los Centros de Atención de Adicciones.
2.6.8.	Diseñar y ejecutar el programa para la atención del tabaquismo.	SEDESA, Órganos Político Administrativos	Personas beneficiadas con el Programa de Atención al Tabaquismo
2.6.9.	Implementar acciones orientadas a la reducción del consumo de tabaco por medio de la recaudación por imposición de sanciones de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores.	SEFIN	Presupuesto destinado a acciones para reducir el consumo de tabaco, recaudado por imposición de sanciones de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores

2.6.10.	Ejecutar programas de control de ingesta de bebidas de alcohol y consumo de estupefacientes en zonas de mayor consumo y vialidades de alta incidencia en accidentes automovilísticos.	Secretaría de Seguridad Pública	Programas de control de ingesta de bebidas de alcohol y consumo de estupefacientes en zonas de mayor consumo y vialidades de alta incidencia en accidentes automovilísticos ejecutados.
2.6.11.	Vigilar el cumplimiento del tratamiento en las personas que sean sancionadas con la suspensión temporal de su licencia o permiso por conducir en estado de ebriedad.	SEMOVI	Personas obligadas a tratamiento por conducir en estado de ebriedad.
2.6.12.	Dictar las medidas pertinentes para atender el consumo de sustancias psicoactivas en personas en conflicto con la ley.	TSJCDMX (USMC y UGJJA).	Medidas de atención de consumo de sustancias para adolescentes en conflicto con la ley
2.6.13	Diagnosticar y canalizar a servicios de tratamiento a adolescentes en conflicto con la ley que presenten consumo de sustancias psicoactivas.	IAPA SG-DGPTA	Adolescentes en conflicto con la ley canalizados a tratamiento.

Eje 3	Integración comunitaria de personas consumidoras de drogas		
Objetivo	Ampliar y fortalecer los programas y servicios que faciliten la integración comunitaria de personas que hayan concluido su tratamiento o se encuentren en proceso de rehabilitación por consumo de drogas, para evitar sus recaídas, mejorar sus condiciones de vida e incidir en su bienestar.		
Indicadores estratégicos	1. Personas que concluyeron tratamiento y se mantienen sin consumir. 2. Personas que concluyeron tratamiento y tienen empleo y participan en actividades educativas, culturales o deportivos, entre otras.		
Estrategias y líneas de acción	Descripción	Responsables	Indicadores
3.1	Generar condiciones para la rehabilitación e integración comunitaria de las personas que concluyen tratamiento.		
3.1.1.	Capacitar a servidores públicos y personas del sector privado y social en estrategias para el postratamiento e integración social de las personas que concluyen tratamiento.	SEDESA, IAPA, CIJ, CAA'S, CAIAS	Personal capacitado en postratamiento, rehabilitación e integración social.
3.1.2.	Incorporar obligatoriamente en los programas de postratamiento de los CAA's estrategias de seguimiento y prevención de recaídas.	CIJ, CAA'S, CAIAS	Programas de postratamiento con estrategias de seguimiento y prevención de recaídas
3.1.3.	Capacitar al personal de los CAAs en prevención de recaídas.	IAPA, CIJ, UNEME-CAPA	Personas capacitadas en prevención de recaídas
3.1.4.	Supervisar y evaluar el componente de prevención de recaídas.	IAPA	CAA's que implementan el componente de prevención de recaídas.
3.1.5.	Recuperar las mejores prácticas de prevención de recaídas.	IAPA, CIJ	Informes y publicaciones de buenas prácticas de prevención de recaídas
3.1.6.	Incorporar obligatoriamente en los programas de los CAAs, la participación de la familia en el proceso de post tratamiento.	CAA'S	Programas de CAA'S que integran la participación de la familia.
3.1.7.	Capacitar al personal de los CAAs en intervenciones familiares.	IAPA, CIJ, UNEME-CAPA	Personas capacitadas en prevención de intervenciones familiares.
3.1.8.	Supervisar la participación de las familias en el proceso de postratamiento.	IAPA	CAA's que implementan el componente de participación de las familias en el proceso de postratamiento.
3.1.9.	Recuperar las mejores prácticas de intervención con familias.	IAPA	Informes y publicaciones de buenas prácticas de intervención con familias.
3.1.10.	Establecer convenios y acuerdos interinstitucionales para la conclusión de estudios y capacitación para el trabajo durante el postratamiento.	IAPA, SEDESA	Acuerdos y convenios firmados para la conclusión de estudios y capacitación para el trabajo de personas en postratamiento.

3.1.11.	Emitir una guía para la reinserción social de personas con consumo de sustancias psicoactivas.	IAPA	Guías, protocolos y lineamientos y protocolos en materia de reinserción social emitidos
3.1.12.	Conformar y difundir una red de servicios médicos, psicológicos, psiquiátricos, educativos, de capacitación para el trabajo, de empleo, de estancias infantiles, de asesoría legal, deportivos, culturales y recreativos para la integración comunitaria de las personas con consumo de drogas	SEDESA, CIJ, IAPA, CAA'S, CAIA, SEDESO, STyFE, INMUJERES, INJUVE, IAAM, INDEPEDI, SEDEREC, SGCDMX, DIF	Número de instituciones y servicios que conforman la red de servicios para la integración comunitaria de las personas con consumo de drogas
3.1.13.	Promover y celebrar acuerdos y convenios para que el sector social y privado ofrezca capacitación y empleo a personas que estén en proceso o hayan concluido su tratamiento.	IAPA, SEDESA	Acuerdos y convenios firmados para que el sector social y privado ofrezca capacitación y empleo a personas que estén en proceso o hayan concluido su tratamiento.
3.1.14.	Otorgar estímulos fiscales a empresas que empleen a personas en proceso de rehabilitación de adicciones.	Jefatura de Gobierno a través de SEFIN	Estímulos fiscales otorgados a empresas que empleen a personas en proceso de rehabilitación de adicciones Empresas que emplean a personas en proceso de rehabilitación de adicciones con estímulos fiscales otorgados
3.3	Ofrecer servicios para la inclusión familiar, comunitaria, educativa y laboral para personas rehabilitadas o en proceso de rehabilitación, atendiendo las características y necesidades de los diferentes grupos de población.		
3.3.1.	Ofrecer servicios de casas de medio camino a personas que se encuentran en proceso de concluir su tratamiento.	SGCDMX, OSC	Personas atendidas a través de los servicios de casas de medio camino
3.3.2.	Diseñar y ejecutar estrategias para la permanencia, conclusión de estudios y otorgamiento de educación específica a personas con consumo en proceso de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas	SEDU	Personas con tratamiento a adicciones que con escolaridad concluida Personas que concluyen un proceso de tratamiento de adicciones reintegradas al sistema educativo
3.3.3.	Ofrecer servicios de capacitación para el trabajo, así como para el desarrollo de habilidades para el empleo y autoempleo a personas en proceso de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas.	STyFE, SEDECO, IAPA.	Personas en proceso de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas capacitadas para el trabajo, para el desarrollo de habilidades para el empleo y autoempleo.

3.3.4.	Ofrecer servicios para el empleo, deportivos, culturales y recreativos a personas en proceso de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas, particularmente a población vulnerable con consumo de drogas (niñas, niños, jóvenes, mujeres, personas con discapacidad, indígenas, personas en situación de calle, migrantes, población LGBTTTI).	STyFE, SEDECO, INDEPORTE, Secretaría de Cultura, SEDESOL, INDEPEDI, SEDEREC, IASIS, Órganos Político Administrativos	Servicios para el empleo, deportivos, culturales y recreativos otorgados a personas en proceso de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas.
			Personas beneficiadas con servicios de empleo, deportivos, culturales y recreativos

SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El sistema de seguimiento y evaluación del PGAICSP da cumplimiento a lo establecido en la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas que en su artículo 17 establece realizar el “seguimiento para verificar el desarrollo de las líneas de acción, con la finalidad de valorar el funcionamiento del Programa General y sus componentes, realizando permanentemente correlaciones con la planeación a efecto de ubicar diferencias y ofrecer alternativas de cambio”. Asimismo, la “evaluación para la recopilación, análisis e interpretación de la información, que se derive de la aplicación del Programa General”.

Este mismo ordenamiento legal en su artículo 18 establece que “como un mecanismo de seguimiento del Programa General, se instalará el Consejo Interdependencial, integrado por el Jefe de Gobierno así como por las y los titulares de diversas dependencias del Gobierno de la Ciudad de México, el cual establecerá los procesos para garantizar la transversalidad y coordinación para el cumplimiento de los objetivos, estrategias y líneas de acción prioritarias que se desarrollen de manera anual”.

El IAPA coordinará el Sistema de Seguimiento y Evaluación. El mecanismo de seguimiento proporcionará información sobre la implementación del PGAICSP a lo largo de los años de su ejecución. La evaluación se basará de manera fundamental en los datos generados por el seguimiento, incluidos los datos básicos, la información sobre el proceso de implementación del Programa y las mediciones de avances hacia los resultados previstos por medio de sus indicadores, que permitan rendir cuentas a la sociedad y a los órganos de gobierno.

Mecanismo de seguimiento del PGAICSP

El seguimiento a las acciones implementadas en el marco del PGAICSP es un proceso de recolección de información sobre las acciones implementadas por las distintas instituciones del gobierno de la ciudad responsables de su ejecución y las variaciones en los indicadores del PGAICSP en el ámbito del consumo de sustancias psicoactivas en la Ciudad de México.

De manera general, el proceso del seguimiento consiste en que las instituciones públicas reportan trimestralmente, mediante un sistema diseñado exprofeso, los avances en la implementación de las líneas de acción que les corresponden. El IAPA integra esta información y envía al Consejo Interdependencial un informe de seguimiento, a partir del cual puede emitir recomendaciones para consolidar los avances del PGAICSP.

De acuerdo con los Lineamientos de Operación del Consejo Interdependencial para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, publicados en la Gaceta Oficial el 22 de octubre de 2012, el Consejo Interdependencial sesionará de manera ordinaria dos veces al año una en el mes de febrero y será de carácter evaluativo del año inmediato anterior y en el mes de octubre, que será planeación del ejercicio posterior

El IAPA coordinará el sistema de seguimiento y evaluación que servirá para dar seguimiento a la información reportada por las instituciones responsables de cada línea de acción. Este sistema deberá considerar los módulos necesarios para recopilar la siguiente información:

- 1) Avances en la implementación del PGAICSP;
- 2) Variaciones en los indicadores de seguimiento;
- 3) Recomendaciones emitidas por el Consejo Interdependencial;
- 4) Seguimiento a las recomendaciones emitidas por Consejo Interdependencial, y;
- 5) Evaluaciones realizadas al PGAICSP y seguimiento a las recomendaciones emitidas en estas evaluaciones.

En el siguiente esquema se presentan las etapas del proceso de seguimiento.

Etapas del seguimiento

- 1 Una vez publicado el PGAICSP, las instituciones responsables de cada línea de acción definen metas anuales para el período 2018-2024 y designan un enlace encargado de dar seguimiento a la implementación de sus acciones, en respuesta a una solicitud explícita del IAPA.
- 2 Cada tres meses, los enlaces institucionales reportan los avances en los indicadores correspondientes a sus líneas de acción y deben justificar, por medio de documentación probatoria, dichos avances o, en caso de no haber realizado acciones, justificar por qué no se han llevado a cabo.
- 3 El IAPA integra la información reportada trimestralmente y en caso de identificar retrasos en la implementación del PGAICSP emite observaciones.
- 4 El IAPA integra un informe de seguimiento y evaluación de las acciones implementadas en el marco del PGAICSP y entrega un informe en febrero y otro en octubre de cada año al Consejo Interdependencial.
- 5 El Consejo Interdependencial analiza dicho informe y emite recomendaciones y acuerdos para consolidar el avance en la implementación del PGAICSP.

Actores involucrados en el seguimiento

Los actores institucionales involucrados en los procesos de seguimiento y evaluación del Programa General son los que se describen en el cuadro de funciones y relaciones de las partes interesadas.

Cuadro de funciones y relaciones de las partes interesadas en materia de seguimiento y evaluación del PGAICSP

¿Quién?	¿Qué?	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Cómo? (formato)	Función actividades seguimiento y evaluación
Dirección de Políticas Públicas IAPA	Redacción de informes sobre el PGAICSP	Extracción de enseñanzas y planificación estratégica.	Trimestrales, Febrero y Octubre	Cuadro de seguimiento de indicadores, informes trimestrales, informes estratégicos anuales.	Gestionar el sistema de seguimiento y evaluación.
Dirección General del IAPA	Revisión de informes sobre el PGAICSP	Difusión de información institucional	Trimestrales	Formato del sistema de seguimiento y evaluación.	Analizar el informe y redactar los comentarios pertinentes.
Instituciones Administración Pública de la CDMX	Redacción de informes sobre el PGAICSP	Rendición de cuentas, colaboración	Trimestrales	Informes trimestrales y formulario de retroalimentación	Analizar y complementar el informe con comentarios u opiniones.
Consejo Directivo IAPA	Revisión de informes sobre el PGAICSP	Rendición de cuentas, entendimiento y apoyo.	Trimestrales	Formato basado en el cuadro de seguimiento de indicadores y en los informes trimestrales	Analizar el informe y redactar los comentarios pertinentes.
Consejo Interdependencial	Revisión de informes sobre el PGAICSP	Rendición de cuentas, entendimiento, y apoyo.	Febrero y Octubre	Formato basado en el cuadro de seguimiento de los indicadores y en los informes anuales del PGAICSP	Analizar el informe y redactar los comentarios pertinentes.

Mecanismo de evaluación

El mecanismo de evaluación del PGAICSP es un proceso que consistirá en evaluar su diseño durante el primer año, los resultados intermedios a los dos y a los cuatro años del inicio de su implementación, y evaluar sus resultados finales al finalizar el quinto año del Programa con el propósito de identificar fortalezas y debilidades en los aspectos evaluados, así como maneras de mantenerlas y corregirlas, respectivamente (ver siguiente cuadro).

Año del PGAICSP	Tipo de evaluación	Descripción / Temas a analizar
1	Diseño	La evaluación de diseño analiza la consistencia entre el problema público que busca resolver el PGAICSP y los objetivos, estrategias y líneas de acción del mismo
2	Resultados intermedios	1. Consistencia entre, por un lado, los objetivos, estrategias y líneas de acción del PGAICSP y, por otro lado, la implementación de acciones por parte de las instituciones responsables 2. Resultados intermedios alcanzados con la implementación de las líneas de acción del PGAICSP 3. Coordinación interinstitucional e intersectorial para la implementación de las líneas de acción del PGAICSP 4. Valoración de los mecanismos de seguimiento y evaluación del PGAICSP
3	Seguimiento a recomendaciones	Durante el tercer año no se realizarán evaluaciones al PGAICSP. Únicamente se dará seguimiento a las recomendaciones emitidas en las dos primeras evaluaciones.
4	Resultados intermedios	1. Consistencia entre, por un lado, los objetivos, estrategias y líneas de acción del PGAICSP y, por otro lado, la implementación de acciones por parte de las instituciones y organizaciones responsables 2. Resultados intermedios alcanzados con la implementación de las líneas de acción del PGAICSP 3. Coordinación interinstitucional e intersectorial para la implementación de las líneas de acción del PGAICSP 4. Valoración de los mecanismos de seguimiento y evaluación del PGAICSP
5	Resultados finales	1. Consistencia entre, por un lado, los objetivos, estrategias y líneas de acción del PGAICSP y, por otro lado, la implementación de acciones por parte de las instituciones responsables 2. Resultados intermedios y finales alcanzados con la implementación de las líneas de acción del PGAICSP 3. Coordinación interinstitucional e intersectorial para la implementación de las líneas de acción del PGAICSP 4. Valoración de los mecanismos de seguimiento y evaluación del PGAICSP 5. Recomendaciones para el nuevo Programa en materia de adicciones en la Ciudad de México

En las evaluaciones de resultados intermedios y finales se analizará, en la medida que la información disponible lo permita, la contribución de las acciones del PGAICSP a su objetivo general. Las evaluaciones podrán ser de carácter interno o externo, y deberán considerar, al menos, los siguientes criterios mínimos de calidad:

- Imparcialidad. Las evaluaciones deben realizarse sin sesgos políticos o de cualquier otro tipo. Se deben presentar tanto las fortalezas como las debilidades de los temas valorados. Todos los temas deben presentarse, no únicamente los que favorecen a las instancias ejecutoras.

- Utilidad. Las evaluaciones deben realizarse sobre aspectos relevantes, entregarse en los momentos adecuados y estar redactadas de forma clara para distintos públicos, especializados y no especializados.
- Adecuación técnica. Las evaluaciones deben asegurar que su diseño es correcto técnicamente, que los instrumentos de recolección de información son adecuados, que el análisis sea correcto y que exista evidencia suficiente para cada conclusión y recomendación emitida.
- Participación de actores relevantes en la evaluación. Para aumentar la probabilidad de que se use la información de las evaluaciones, éstas deberán incluir a todos los actores relevantes en su diseño y desarrollo. No involucrarlos o simular su participación puede provocar actitudes hostiles que anulen los efectos positivos de la evaluación.¹⁷¹

Manual del Sistema de Seguimiento y Evaluación.

Una vez publicado el PGAICSP el IAPA contará con 90 días naturales para la elaboración del Manual del Sistema de Seguimiento y Evaluación mandado en el Artículo 16 de la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal.

En este sistema se considerarán los instrumentos, herramientas y características definidos en el Anexo 3.

¹⁷¹ Criterios tomados de Zall Kusek, Jody y Rist, Ray C. (2004), *Ten Steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System: A Handbook for Development Practitioners*, Washington, DC, World Bank, p. 126-127.

GLOSARIO

Adulto mayor. Personas que tienen 60 años o más de edad de acuerdo con la ONU, sin embargo, algunos países los consideran partir de los 65 años.

Consumo excesivo o alto de alcohol. Consumo de 5 copas estándar por ocasión en hombres o 4 copas estándar por ocasión en mujeres.

Criterio estadístico. Se refiere al proceso de comparar las prevalencias mediante intervalos de confianza al 95%; si se intersectan o cruzan los intervalos entonces se consideran iguales, mientras que, si no se cruzan o cortan se consideran diferentes.

Dependencia al consumo. Se refiera a los individuos que presentaron tres o más síntomas dentro de los 12 meses previos a la entrevista de acuerdo a los criterios de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI por sus siglas en inglés).

Discapacidad. Es un término genérico que comprende las deficiencias en las estructuras y funciones del cuerpo humano, las limitaciones en la capacidad personal para llevar a cabo tareas básicas de la vida diaria y las restricciones en la participación social que experimenta el individuo al involucrarse en situaciones del entorno donde vive.

Efecto de la muestra. Dependiendo del tamaño de la muestra se puede observar o no la existencia de diferencias significativas.

- Con un tamaño grande de muestra, *disminuye* tanto la varianza y los intervalos de confianza, por lo que será menos probable que los intervalos de confianza de pares de prevalencias se intersecten, es decir, se notarán con mayor claridad las diferencias significativas.
- Con un tamaño de muestra menor, *aumenta* la varianza y los intervalos de confianza, por lo que será más probable que los intervalos de confianza de pares de prevalencias se intersecten, es decir, se considerarán iguales más fácilmente, también en prevalencias pequeñas (<2%) es muy probable que no se puedan generar intervalos de confianza o éstos contengan un escenario con valores nulos, además de que un aumento o disminución en términos absolutos hacen que sean más sensibles a los cambios (alta sensibilidad).

Fumador actual: Persona que ha fumado tabaco en los últimos 30 días.

Tipos de fumador actual

- **Fumador ocasional:** Persona que fuma tabaco actualmente pero no diariamente.
- **Fumador diario:** Persona que fuma al menos un cigarro por día.

LGBTTTIQ. Las personas con identidad de género lésbico, gay, bisexual, transexual, travesti, transgénero, intersexual o queers.

Menor en conflicto con la ley. La o el adolescente que comete una conducta calificada como delito.

Mortalidad. Es la cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Patología Dual.- Co-ocurrencia o concomitancia entre trastornos por uso de sustancias con otros trastornos psiquiátricos de forma secuencial o paralela a lo largo del ciclo vital.

Población indígena. Personas que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, siendo la conciencia de la identidad indígena el criterio fundamental para determinarlas como tales, es decir, que se auto adscriben como indígenas. El INEGI utiliza el criterio lingüístico es decir que hablen un idioma indígena, para que las personas sean identificadas en este grupo poblacional.

Personas privadas de la libertad. Aquellas personas que debido a conductas criminales son privadas de su libertad y permanecen al interior de un centro de readaptación.

Vulnerabilidad. Implica aquellos factores personales o medio ambientales que aumentan los efectos negativos de una condición de riesgo.

ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

Acrónimo	Referencia
AA	Alcohólicos Anónimos
Alateen	Grupos de Familia Al-Anon compuesta por miembros jóvenes
Al-Anon	Grupos de Familia Al-Anon
APS	Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México
CAA	Centro de Atención de Adicciones
CAIA	Centros de Atención Integral de Adicciones
CAPA	Centros de Atención Primaria en Adicciones
CDHDF	Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
CDMX	Ciudad de México
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición
CIESAS	Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
CIJ	Centros de Integración Juvenil
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
CONOCER	Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales
COPRED	Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México
DGTPA	Dirección General de Tratamiento para Adolescentes
DIF CDMX	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones
ENCODAT 2016	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas Alcohol y Tabaco 2016
ENCODE	Encuesta de Consumo de Estudiantes
FIDEGAR	Fideicomiso de Educación Garantizada
IAAM	Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en la Ciudad de México
IAPA	Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México
IASIS	Instituto de Asistencia e Integración Social de la Ciudad de México
IEMS	Instituto de Educación Media Superior de la Ciudad de México
INDEPORTE	Instituto del Deporte de la Ciudad de México
INDISCAPACIDAD	Instituto de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México
IMJUVE	Instituto Nacional de la Juventud
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INJUVE	Instituto de la Juventud de la Ciudad de México
INMUJERES CDMX	Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México
INPRM	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México

Acrónimo	Referencia
INVEA	Instituto de Verificación Administrativa de la Ciudad de México
Jefatura de Gobierno	Jefatura de Gobierno
LAICSP	Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Distrito Federal
LGBTTTI	Lésbico, Gay, Bisexual Transexual, Transgénero y Travesti
LGS	La Ley General de Salud
LSD	dietilamida de ácido lisérgico
NIDA	Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas de los Estados Unidos
NOM-028	Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PGAICSP	Programa General para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2018-2024
PGJ CDMX	Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PROSOC	Procuraduría Social de la Ciudad de México
SC	Secretaría de Cultura
SEDECO	Secretaría de Desarrollo Económico
SEDEREC	Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades
SEDESA	Secretaría de Salud
SEDESO	Secretaría de Desarrollo Social
SEDU	Secretaría de Educación
SEDUVI	Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda
SEFIN	Secretaría de Finanzas de la Ciudad de México
SEMOVI	Secretaría de Movilidad
SEP	Secretaría de Educación Pública
SGCDMX	Secretaría de Gobierno de la Ciudad de México
SSP CDMX	Secretaría de Seguridad Pública de la Ciudad de México
sSSP	Subsecretaría de Sistema Penitenciario Sistema Penitenciario
StyFE	Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo
TSJCDMX	Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México
UAM	Universidad Autónoma Metropolitana
UGJJA	Unidad de Gestión Judicial en materia de Justicia para Adolescentes del Tribunal Superior de Justicia de la CDMX
USMC	Unidad de Supervisión de Medidas Cautelares del Tribunal Superior de Justicia de la CDMX
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

Acrónimo	Referencia
VIH/SIDA	virus de la inmunodeficiencia humana / Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

ANEXO 1. ANEXO ESTADÍSTICO

Tabla 1. Prevalencias de consumo, tendencia y significancia en población general, CDMX, 2011 y 2016.

Prevalencias de consumo por sustancias psicoactivas en la CDMX, ENA 2011 y ENCODAT 2016.

PREVALENCIAS DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Último año						Último mes					
Categoría	ENA 2011*	ENCODAT 2016	Comparación 2011 vs 2016	%	Criterio estadístico	Categoría	ENA 2011	ENCODAT 2016	Comparación 2011 vs 2016	%	Criterio estadístico
Población general	31.8	37.0	Aumentó	5.2	No significativo	Población general	9.8	18.5	Aumentó	8.7	Significativo
Hombres	39.2	46.2	Aumentó	7.0	No significativo	Hombres	14.3	26.1	Aumentó	11.8	Significativo
Mujeres	25.1	28.5	Aumentó	3.4	No significativo	Mujeres	5.7	11.6	Aumentó	5.9	No significativo
12 - 17 años	20.1	16.0	Disminuyó	-4.1	No evaluado	12 - 17 años	7.9	6.7	Disminuyó	-1.2	No significativo
18 - 65 años	26.8	40.0	Aumentó	13.2	No evaluado	18 - 65 años	10.0	20.2	Aumentó	10.2	Significativo

* Bebedor alto.- Haber consumido alcohol en los últimos 12 meses, 5 copas o más en hombres o 4 copas o más para mujeres (General, hombres y mujeres).

PREVALENCIAS DE CONSUMO DE TABACO

Último año						Último mes (Consumo actual para ENCODAT 2016)					
Categoría	ENA 2011	ENCODAT 2016	Comparación 2011 vs 2016	%	Criterio estadístico	Categoría	ENA 2011	ENCODAT 2016	Comparación 2011 vs 2016	%	Criterio estadístico
Población general	30.8	---	No disponible	---	No evaluado	Población general	23.6	27.8	Aumentó	4.2	No significativo
Hombres	---	---	Sin información	---	No evaluado	Hombres	31.5	37.8	Aumentó	6.3	No significativo
Mujeres	---	---	Sin información	---	No evaluado	Mujeres	16.5	18.7	Aumentó	2.2	No significativo
12 - 17 años	20.0	---	No disponible	---	No evaluado	12 - 17 años	---	8.7	No disponible	---	No evaluado
18 - 65 años	32.4	---	No disponible	---	No evaluado	18 - 65 años	---	30.5	No disponible	---	No evaluado

PREVALENCIAS DE CONSUMO DE CUALQUIER DROGA Y DROGAS ILEGALES

Consumo de cualquier droga en el último año						Consumo de drogas ilegales en el último año					
Categoría	ENA 2011	ENCODAT 2016	Comparación 2011 vs 2016	%	Criterio estadístico	Categoría	ENA 2011	ENCODAT 2016	Comparación 2011 vs 2016	%	Criterio estadístico
Población general	2.1	2.9	Aumentó	0.8	No significativo	Población general	1.7	2.7	Aumentó	1.0	Significativo
Hombres	3.3	4.9	Aumentó	1.6	No significativo	Hombres	2.6	4.7	Aumentó	2.1	Significativo
Mujeres	1.0	1.3	Aumentó	0.3	No significativo	Mujeres	0.9	0.9	Sin cambio	0.0	No significativo
12 - 17 años	2.6	3.5	Aumentó	0.9	No significativo	12 - 17 años	2.6	3.5	Aumentó	0.9	No significativo
18 - 34 años	3.8	5.0	Aumentó	1.2	No significativo	18 - 34 años	3.4	5.0	Aumentó	1.6	No significativo
35 - 65 años	0.7	1.1	Aumentó	0.4	No significativo	35 - 65 años	0.2	0.8	Aumentó	0.6	Significativo

PREVALENCIAS DE CONSUMO DE MARIGUANA Y COCAÍNA

Consumo de marihuana en el último año						Consumo de cocaína en el último año					
Categoría	ENA 2011	ENCODAT 2016	Comparación 2011 vs 2016	%	Criterio estadístico	Categoría	ENA 2011	ENCODAT 2016	Comparación 2011 vs 2016	%	Criterio estadístico
Población general	1.5	2.5	Aumentó	1.0	No significativo	Población general	0.1	0.6	Aumentó	0.5	No evaluado
Hombres	2.4	4.3	Aumentó	1.9	No evaluado	Hombres	0.2	1.3	Aumentó	1.1	No evaluado
Mujeres	0.8	0.9	Aumentó	0.1	No evaluado	Mujeres	0.1	0.004	Disminuyó	-0.1	No evaluado
12 - 17 años	2.1	3.2	Aumentó	1.1	No evaluado	12 - 17 años	---	0.2	No disponible	---	No evaluado
18 - 34 años	3.1	4.6	Aumentó	1.5	No evaluado	18 - 34 años	0.1	1.1	Aumentó	1.0	No evaluado
35 - 65 años	0.2	0.7	Aumentó	0.5	No evaluado	35 - 65 años	0.1	0.3	Aumentó	0.2	No evaluado

PREVALENCIAS DE CONSUMO DE OTRAS DROGAS. Debido a bajas prevalencias (< 0.5%) no es posible comparación estadística.

Consumo de otras drogas en el último año, ENA 2011.						Consumo de otras drogas en el último año, ENCODAT 2016.					
Tipo de droga	Hombres	Mujeres	Total	%	Razón: H/M	Categoría	Hombres	Mujeres	Total	%	Razón: H/M
Tranquilizantes	118,642	93,336	211,978	0.3	1.27	Tranquilizante	137,894	118,566	256,460	0.3	1.16
Inhalables	77,369	19,361	96,730	0.1	4.00	Inhalables	161,807	50,039	211,846	0.2	3.23
Estimulante tipo anfetaminas	86,386	33,451	119,837	0.2	2.58	Estimulante tipo anfetaminas	160,734	46,872	207,606	0.2	3.43
Anfetaminas	75,057	29,584	104,641	0.1	2.54	Anfetaminas	103,279	53,832	157,111	0.2	1.92
Crack	83,586	6,388	89,974	0.1	13.08	Crack	117,608	32,512	150,120	0.2	3.62
Alucinógenos	53,812	8,025	61,837	0.1	6.71	Alucinógenos	87,954	48,097	136,051	0.2	1.83
Sedantes	15,022	15,329	30,351	0.1	0.98	Sedantes	28,217	8,090	36,307	0.2	3.49
Heroína, opio	10,694	---	10,694	0.1	---	Heroína, opio	21,830	1,421	23,251	0.2	15.36

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 2011.

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017.



IAPA
Instituto
para la Atención
y Prevención
de las Adicciones
en la CDMX

Tabla 2. Prevalencias de consumo por sustancia en estudiantes según nivel escolar CDMX, 2012 y

Prevalencias de consumo por sustancias en población estudiantil, 2012 y 2014, CDMX

CONSUMO DE ALCOHOL								
Consumo de alcohol	Último año				Último mes			
	2012	IC 95%	2014	IC 95%	2012	IC 95%	2014	IC 95%
Secundaria	35.0	33.174-36.815	32.3	30.082-34.573	27.2	25.446-28.859	23.1	21.146-25.052
Bachillerato	68.4	66.882-69.971	65.9	63.991-67.751	56.5	54.773-58.280	53.0	51.049-55.043
Total	49.7	48.403-51.002	48.6	47.066-50.064	40.1	38.801-41.350	37.6	36.164-39.027

CONSUMO DE TABACO								
Consumo de tabaco	Último año				Último mes			
	2012	IC 95%	2014	IC 95%	2012	IC 95%	2014	IC 95%
Secundaria	12.3	11.109-13.446	12.8	11.380-14.198	5.8	5.091-6.543	8.0	7.056-8.902
Bachillerato	42.5	40.819-44.213	43.3	41.338-45.178	26.4	24.858-27.891	30.8	28.973-32.639
Total	25.6	24.526-26.635	27.5	26.336-28.741	14.9	14.027-15.695	19.0	18.010-20.048

CONSUMO DE DROGAS ILEGALES								
Consumo de drogas ilegales	Último año				Último mes			
	2012	IC 95%	2014	IC 95%	2012	IC 95%	2014	IC 95%
Secundaria	10.7	9.549-11.864	10.7	9.417-12.017	6.1	5.277-6.833	6.4	5.546-7.294
Bachillerato	23.0	21.550-24.475	23.7	22.102-25.355	13.0	11.880-14.155	12.9	11.603-14.107
Total	16.1	15.180-17.061	17.0	15.987-18.044	9.1	8.439-9.797	9.5	8.782-10.288

CONSUMO DE MARIGUANA								
Consumo de marihuana	Último año				Último mes			
	2012	IC 95%	2014	IC 95%	2012	IC 95%	2014	IC 95%
Secundaria	6.3	5.413-7.124	7.7	6.555-8.905	3.3	2.745-3.920	4.3	3.555-5.061
Bachillerato	19.7	18.327-21.105	21.2	19.657-22.728	10.7	9.663-11.677	11.1	9.995-12.208
Total	12.2	11.376-12.993	14.2	13.290-15.204	6.6	5.989-7.132	7.6	6.934-8.259

CONSUMO DE INHALABLES								
Consumo de inhalables	Último año				Último mes			
	2012	IC 95%	2014	IC 95%	2012	IC 95%	2014	IC 95%
Secundaria	6.4	5.549-7.172	4.9	4.165-5.597	3.2	2.727-3.722	2.7	2.249-3.154
Bachillerato	5.2	4.599-5.861	3.5	2.963-4.001	2.6	2.177-3.071	1.6	1.282-1.952
Total	5.9	5.334-6.392	4.2	3.757-4.650	3.0	2.621-3.300	2.2	1.892-2.461

CONSUMO DE COCAÍNA								
Consumo de cocaína	Último año				Último mes			
	2012	IC 95%	2014	IC 95%	2012	IC 95%	2014	IC 95%
Secundaria	1.6	1.269-2.008	2.5	2.109-2.884	0.8	0.604-1.041	1.3	1.027-1.572
Bachillerato	3.5	3.055-3.999	4.4	3.819-5.046	1.5	1.250-1.834	1.9	1.552-2.316
Total	2.5	2.175-2.764	3.4	3.076-3.791	1.1	0.962-1.317	1.6	1.375-1.838

Fuente: Encuesta de consumo de drogas en estudiantes, Ciudad de México 2012

Fuente: Panorama actual del consumo de sustancias en estudiantes de la Ciudad de México, 2014.

2014.

Tabla 3. Prevalencias de consumo, tendencia y significancia en estudiantes según nivel escolar (criterio estadístico) CDMX, 2012 y 2014.

Prevalencias de consumo por sustancias en población estudiantil, tendencia y significancia 2012 y 2014, CDMX

CONSUMO DE ALCOHOL										
Nivel escolar	Último año					Último mes				
	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%	Criterio estadístico	Nivel escolar	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%
Secundaria	35.0	32.3	Disminuyó	- 2.7	No significativo	Secundaria	27.2	23.1	Disminuyó	- 4.1
Bachillerato	68.4	65.9	Disminuyó	- 2.6	No significativo	Bachillerato	56.5	53.0	Disminuyó	- 3.5
Total	49.7	48.6	Disminuyó	- 1.1	No significativo	Total	40.1	37.6	Disminuyó	- 2.5

CONSUMO DE TABACO										
Nivel escolar	Último año					Último mes				
	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%	Criterio estadístico	Nivel escolar	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%
Secundaria	12.3	12.8	Aumentó	0.5	No significativo	Secundaria	5.8	8.0	Aumentó	2.2
Bachillerato	42.5	43.3	Aumentó	0.7	No significativo	Bachillerato	26.4	30.8	Aumentó	4.4
Total	25.6	27.5	Aumentó	2.0	No significativo	Total	14.9	19.0	Aumentó	4.2

CONSUMO DE DROGAS ILEGALES										
Nivel escolar	Último año					Último mes				
	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%	Criterio estadístico	Nivel escolar	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%
Secundaria	10.7	10.7	Aumentó	0.01	No significativo	Secundaria	6.1	6.4	Aumentó	0.4
Bachillerato	23.0	23.7	Aumentó	0.7	No significativo	Bachillerato	13.0	12.9	Disminuyó	- 0.2
Total	16.1	17.0	Aumentó	0.9	No significativo	Total	9.1	9.5	Aumentó	0.4

CONSUMO DE MARIGUANA										
Nivel escolar	Último año					Último mes				
	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%	Criterio estadístico	Nivel escolar	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%
Secundaria	6.3	7.7	Aumentó	1.5	No significativo	Secundaria	3.3	4.3	Aumentó	1.0
Bachillerato	19.7	21.2	Aumentó	1.5	No significativo	Bachillerato	10.7	11.1	Aumentó	0.4
Total	12.2	14.2	Aumentó	2.1	Significativo	Total	6.6	7.6	Aumentó	1.0

CONSUMO DE INHALABLES										
Nivel escolar	Último año					Último mes				
	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%	Criterio estadístico	Nivel escolar	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%
Secundaria	6.4	4.9	Disminuyó	- 1.5	No significativo	Secundaria	3.2	2.7	Disminuyó	- 0.5
Bachillerato	5.2	3.5	Disminuyó	- 1.7	Significativo	Bachillerato	2.6	1.6	Disminuyó	- 1.0
Total	5.9	4.2	Disminuyó	- 1.7	Significativo	Total	3.0	2.2	Disminuyó	- 0.8

CONSUMO DE COCAÍNA										
Nivel escolar	Último año					Último mes				
	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%	Criterio estadístico	Nivel escolar	2012	2014	Comparación 2012 vs 2014	%
Secundaria	1.6	2.5	Aumentó	0.9	Significativo	Secundaria	0.8	1.3	Aumentó	0.5
Bachillerato	3.5	4.4	Aumentó	0.9	No significativo	Bachillerato	1.5	1.9	Aumentó	0.4
Total	2.5	3.4	Aumentó	1.0	Significativo	Total	1.1	1.6	Aumentó	0.5

Fuente: Encuesta de consumo de drogas en estudiantes, Ciudad de México 2012

Fuente: Panorama actual del consumo de sustancias en estudiantes de la Ciudad de México, 2014.

ANEXO 2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Las conductas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas obedecen a múltiples factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona abuse de ellas. Con el fin de prevenir la adicción algunos especialistas han venido desarrollando un saber y una práctica destinada a intervenir aquellos factores del ambiente en el cual está puesto el sujeto y que serían determinantes probables de la conducta humana. Si esos factores son positivos para el sujeto, o que pueden reducir, neutralizar o bien, eliminar este riesgo, son considerados protectores; mientras que los perjudiciales, que pueden incrementar las posibilidades de que se dé un proceso adictivo, serían factores de *riesgo*. Una situación de riesgo no es un estado de peligro sino sólo la proximidad o contingencia de un daño.

Los factores de riesgo y protección individuales, familiares y sociales que se describen en las Tablas 1,2 y 3 son elementos fundamentales para comprender la importancia de la participación amplia y comprometida de varias instituciones públicas, privadas y a organizaciones de la sociedad civil cuyos objetivos y acciones están orientados a atender poblaciones específicas, temas o conductas que constituyen factores de riesgo o protección al consumo de drogas.

Tabla 1. Factores de riesgo y protección individuales

Factores de riesgo	Factores de protección
Características temperamentales	
• Aislamiento. • Enfado y actitud apática. • Excesiva sensación de control. • Falta de orientación y metas en la vida. • Confusión de valores. • Evasión de la realidad.	• Adecuado desarrollo o madurez. • Tendencia al acercamiento. • Actitud positiva. • Autocontrol. • Ideales y proyecto de vida/sentido de existencia.
Características cognitivas y afectivas	
• Atrasos en las habilidades del desarrollo: baja inteligencia, incompetencia social, trastorno por déficit de la atención, problemas en la lectura y malos hábitos de trabajo. • Baja resistencia a la frustración. • Apatía. • Excesiva o baja autoestima. • Dependencia emocional. • Inseguridad. • Necesidad de autoafirmación. • Desesperanza. • Baja satisfacción o capacidad de divertirse. • Expectativas positivas en cuanto al consumo de drogas.	• Habilidades cognitivas: coeficiente intelectual verbal y matemático promedio, por lo menos. • Aptitudes sociales. • Habilidades de resolución de conflictos u toma de decisiones. • Empatía. • Conciencia/reconocimiento del valor personal. • Capacidad de frustración y de postergar la satisfacción. • Adecuada autoestima. • Planificación del tiempo libre. • Motivación al logro. • Sentimiento de autosuficiencia. • Tendencia a sentimientos de esperanza. • Autonomía e independencia. • Habilidades de afrontamiento caracterizadas por orientación hacia las tareas, actividad dirigida a la resolución de problemas y mayor tendencia a afrontar situaciones difíciles con sentido del humor.

Fuente: CONADIC, Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida.

Tabla 2. Factores de riesgo y protección familiares

Factores de riesgo	Factores de protección
• Deseo de salir de la casa. • Reconocimiento del fracaso familiar. • Aislamiento y marginalidad en la casa. • Relaciones tensas o violentas en el hogar. • Mala relación con los padres o entre los hermanos. • Familia disfuncional. • Frustración familiar, ambivalencia (sentimientos de rechazo y aceptación) hacia la familia, no adquisición de la independencia. • Falta de cariño y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores. • Disciplina autoritaria e inflexible, falta de diálogo y ausencia de límites. • Ausencia de límites. • Desinterés por la educación de los hijos. • Crianza poco efectiva. • Ausencia constante de los padres en la vida cotidiana de sus hijos • Ausencia de responsabilidades dentro del hogar y entre sus miembros. • Mala comunicación entre padres e hijos. • Vínculos débiles entre padres e hijos. • Padre o cuidador que consume drogas. • Eventos estresantes en la vida familiar. • Desorganización familiar. • Sobreprotección.	• Ambiente cálido. • Existencia de madres y/o padres sustitutos que apoyen o estimulen. • Comunicación abierta y asertiva. • Estructura familiar con capacidad para superar las dificultades. • Buena relación con padres y hermanos. • Cohesión o unión familiar. • Aprecio y reconocimiento del padre hacia el hijo. • Límites claros y una disciplina aplicada consistentemente. • Apoyo y seguimiento de la educación de los hijos (educación democrática). • Manejo eficaz del estrés de los integrantes de la familia. • Tiempo de calidad en familia. • Relación fundamentada en el cariño/amor que permite disentir y criticar conductas, corregirlas sin afectar el reconocimiento al valor de la persona. • Expectativas claras. • Responsabilidades establecidas. • Lazos seguros con los padres. • Altas expectativas de parte de los padres, que tengan un proyecto educativo para orientar su vida y las de sus hijos. • Compartir intereses y tiempo libre. • Promoción de hábitos sanos.

Fuente: CONADIC, Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida.

Tabla 3. Factores de riesgo y protección sociales

Factores de riesgo	Factores de protección
Escuela • Comportamiento negativo en la escuela o una conducta social deficiente. • Barreras comunicacionales y de cordialidad entre los profesores y estudiantes. • Fracaso académico. • Asociación con compañeros que consumen drogas. • Excesiva sensación de control. • Falta de orientación y metas en la vida. • Confusión de valores. • Evasión de la realidad. • Ausencia de compromiso por la escuela. • Falta de comunicación con los padres de familia. • Énfasis en lo académico y no en el desarrollo integral del estudiante. • Problemas interpersonales: rechazo a otras personas, aislamiento del grupo. • Prácticas duras o autoritarias en el manejo de estudiantes. • Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la escuela. • Promoción del individualismo y la competitividad.	• Rendimiento académico normal. • Perseverancia en los estudios. • Apoyo social. • Buena comunicación profesor-estudiante. • La actuación del profesor como un modelo de vida válido. • Establecimiento de lazos cordiales entre profesores y estudiantes. • Buenas relaciones con los compañeros. • Conexión entre la casa y la escuela. • Cuidado y apoyo, sentido de comunidad en el aula y en la escuela (solidaridad, integración y logros personales). • Grandes expectativas del personal de la escuela. • Fomento de actividades extracurriculares y deportivas. • Promoción de actividades de servicio social y comunitario. • Compromiso y responsabilidad en las tareas y decisiones de la escuela. • Fomento de una vida saludable dentro y fuera de la escuela. • Utilización máxima de las instalaciones. • Fomento de trabajo en equipo y de la creatividad.
Compañeros • Asociación con amigos o conocidos que consumen drogas. • Rechazo al círculo inmediato de compañeros. • Búsqueda de la identidad a través del grupo. • Presión hacia el consumo de drogas.	• Lazos seguros con los compañeros y otros adultos que modelan. • Conductas positivas de salud y sociales. • Apoyo social de los compañeros. • Relación con diversos grupos. • Buscar la independencia personal en relación con el grupo.
Comunidad • Leyes y normas favorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes. • Circunstancias de la comunidad: desorganización en el barrio, pobreza extrema, injusticia racial, alto grado de desempleo. • Disponibilidad de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y armas de fuego en la comunidad. • Problemas interpersonales: aislamiento y rechazo de los demás. • Actitudes tolerantes hacia el consumo de drogas. • Falta de información sobre los efectos de las drogas. • Publicidad de drogas legales.	• Buena relación con la comunidad. • Participación activa dentro de la comunidad. • Leyes y normas desfavorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes. • Apoyo social. • Instrumentación de acciones a favor de la prevención de adicciones. • Promoción de actividades de ocio y tiempo libre. • Áreas que favorezcan la convivencia.

Fuente: CONADIC, Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida.

ANEXO 3. INSTRUMENTOS DE SEGUIMIENTO DEL PGAICSP

El siguiente cuadro resume los instrumentos que se usarán para dar seguimiento a los indicadores y a la implementación del PGAICSP. Dicho Sistema se construirá en 2019.

Instrumentos, indicadores y metas del mecanismo de seguimiento

Instrumento	Indicadores	Metas
Sistema de información que permita dar seguimiento a los indicadores y metas del PGAICSP, el cual será actualizado de manera trimestral por parte de los enlaces designados en cada institución responsable de dichos indicadores	- Sistema de información que permita dar seguimiento a los indicadores y metas del PGAICSP en operación - Porcentaje de líneas de acción del PGAICSP con avances reportados cada trimestre - Número de observaciones emitidas cada trimestre por el IAPA para consolidar los avances del PGAICSP - Porcentaje de observaciones emitidas por el IAPA para consolidar los avances del PGAICSP que presentan avances en su atención cada trimestre.	- 1 sistema de información - 20% cada año del PGAICSP - 10 recomendaciones cada trimestre del PGAICSP - 80% de recomendaciones atendidas cada trimestre.
Informes anuales de seguimiento a las acciones implementadas en el marco del PGAICSP, en el cual se analicen sus fortalezas y debilidades, y se incluyan recomendaciones para su consolidación	- Informe anual de seguimiento a las acciones implementadas en el marco del PGAICSP publicado. - Número de recomendaciones para consolidar los avances del PAICSP emitidas por el Consejo Interdependencial - Porcentaje de recomendaciones para consolidar los avances del PAICSP emitidas por el Consejo Interdependencial que presentan avances en su atención cada trimestre.	- 1 informe cada año del PGAICSP - 10 recomendaciones cada año del PGAICSP - 80% de recomendaciones atendidas al semestre
Reuniones de discusión y análisis de los avances en la implementación del PGAICSP con las distintas instituciones y sectores participantes	- Número y tipo de reuniones de discusión y análisis de los avances en la implementación del Programa General con las distintas instituciones y sectores participantes organizados	- 1 reunión anual

Herramientas para el seguimiento

Las herramientas para el seguimiento que incluye el sistema son la matriz de planificación para el seguimiento del PGAICSP las fichas técnicas de indicadores y el cuadro de seguimiento de indicadores del PGAICSP.

1. Matriz para el seguimiento

La Matriz para el seguimiento del PGAICSP consolida la información necesaria para el registro y seguimiento de la información de la ejecución de las líneas de acción del Programa e incluye elementos de resultados como efectos, productos, indicadores y líneas de base. Con ella se pretende generar información cualitativa y cuantitativa a través de la cual se valore la progresividad de las acciones.

La elaboración de la matriz de seguimiento parte de la constatación de que las necesidades informativas de la mayoría de los procesos de evaluación se pueden agrupar alrededor de tres preguntas fundamentales:

- Saber qué se ha hecho.** Con esta pregunta tratamos de averiguar si se ha cumplido con lo previsto o simplemente tratamos de hacer una recapitulación de lo realizado.
- Saber qué se ha logrado.** Con esta pregunta pretendemos indagar cuál es el grado de cumplimiento de los objetivos previstos, si es que los hay; qué cambios ha provocado la intervención o actividad.
- Saber qué ha influido.** Con esta pregunta buscamos identificar qué características de la intervención han contribuido a que se haya hecho (o no) lo que se ha hecho y se haya logrado (o no) lo que se ha logrado.

Ahora bien, estas tres preguntas pueden referirse a su vez a tres aspectos del proceso de intervención. Es decir, hay tres cuestiones que tenemos que “diseccionar” si queremos responder a las tres preguntas en las que hemos agrupado las necesidades informativas:

- Los objetivos de la intervención.
- Las actuaciones. Es decir, el trabajo realizado directamente con las personas u organizaciones a las que se dirige la intervención.
- Los soportes. Es decir, aquellos procesos de gestión y de coordinación, y aquellas estructuras organizativas que permiten llevar a cabo las actuaciones.

Matriz de seguimiento							
Resultados esperados (Efectos y productos)	Indicadores (con línea base y metas)	Herramienta seguimiento y método de recopilación de datos	Frecuencia	Responsable	Medios de verificación	Recursos	Riesgos
Efecto 1 Producto 1 Producto 2							
Efecto 2 Producto 1 Producto 2							

2. Ficha técnica de indicador

Una de las herramientas para el seguimiento y la evaluación, más utilizada son los indicadores de desempeño, los cuales permiten medir las principales variables asociadas al cumplimiento de los objetivos y las metas programadas.

A continuación se presenta la ficha técnica de indicadores que se utilizará para el registro de información de la ejecución de las líneas de acción, la cual se solicitará trimestral, semestral o anualmente, según corresponda la periodicidad del indicador.

Ficha técnica de indicador

Datos de identificación de la entidad responsable	Entidad responsable	Se definen los responsables para establecer la meta, gestionar la meta, reportar datos y consolidar y procesar la información.
	Área/Unidad responsable	
	Responsable(s) del indicador	
Identificación del indicador	Nombre del indicador	Nombre completo del indicador.
	Descripción general	Enunciado corto que identifica el indicador de la manera más clara y sencilla posible.
	Objetivo	Propósito que se persigue con su medición, es decir, describe la naturaleza y finalidad del indicador.
	Código	Identificación de cada uno de los indicadores con un código numérico y/o alfabético que facilite su localización.
	Tipo de indicador	Eficacia, Eficiencia, Efectividad
	Unidad de medida	Hace referencia a las unidades en que se mide el indicador; puede tratarse de personas, documentos, entre otros
Medición del indicador	Fórmula para calcular el indicador	Es la expresión matemática mediante la cual se calcula el indicador. Esta fórmula deberá contener las variables que inciden directamente en el resultado del indicador.
	Frecuencia de recolección	Señala los momentos en los que se recogen los datos.
	Fuentes de Información (medios de verificación)	Nombre de entidades encargadas de la producción de información que puede ser empleada como insumo para la construcción del indicador
Rangos del indicador	Línea base	Establece el punto de partida o la situación inicial; representa la primera medición del indicador. Dato que se tomará como inicio para establecer los valores futuros a alcanzar por el indicador
	Meta	Expresa el nivel de desempeño a alcanzar por el indicador
	Método de cálculo	Descripción detallada de la forma en la que calcula el indicador si es cuantitativo o las categorías que sirven para analizar su valor en el caso de los cualitativos.
	Sentido del indicador	Indica la necesidad informativa para la que el indicador nos aportará datos.
	Observaciones	Incluye las reflexiones y recomendaciones que se consideren pertinentes para la conceptualización y comprensión del indicador además de señalar la bibliografía de referencia o documentales utilizados para la elaboración de los conceptos.

3. Cuadro de seguimiento de indicadores

El cuadro de seguimiento de los indicadores es una herramienta de gestión de datos que sirve para registrar y efectuar el seguimiento de los indicadores, y fundamentar la ejecución y gestión del Programa General. Proporciona información a los responsables de la ejecución y gestión del Programa General, lo que permite controlar los avances hacia

objetivos específicos a fin de ofrecer una mayor transparencia y rendición de cuentas y debe servir para fundamentar los informes elaborados sobre el PGAICSP.

Difiere de la Matriz de seguimiento porque, mientras que esta prepara al PGAICSP para la recopilación de datos en función de los indicadores, en el cuadro de seguimiento se registra la evolución permanente de los indicadores. Los informes que se realicen del Programa General describirán el desempeño de los indicadores incluidos en el cuadro de seguimiento.

Cuadro de seguimiento de indicadores									
Indicador	Línea base		Metas finales			Metas anuales			Periodo del informe
	Fecha	Valor	Meta final	Meta final alcanzada a la fecha	Porcentaje meta final alcanzada	Meta anual	Meta anual alcanzada a la fecha	Porcentaje meta anual alcanzada	
Indicador 1									
Indicador 2									

Características del sistema de seguimiento

1. Para cada línea de acción del Programa General, el sistema de seguimiento exigirá tiempo para establecer la estructura inicial de la matriz de seguimiento, la ficha de indicadores y el cuadro de seguimiento de los indicadores, pero luego será más fácil de rellenar.
2. Las herramientas que integran el sistema de seguimiento se elaboran y gestionan utilizando una planilla de Excel que contiene la información sobre los objetivos y líneas de acción del PGAICSP y los indicadores correspondientes.
3. En algunas celdas de estas tres herramientas de seguimiento se incluirán las fórmulas de Excel. Estas fórmulas realizarán los cálculos en forma automática, por ejemplo los porcentajes, lo que disminuye la cantidad de datos que deben ingresarse manualmente.
4. Debe confirmarse que los datos registrados en estas herramientas corresponden al período cubierto por el Informe de Seguimiento y no basarlos en estimaciones o suposiciones.
5. Los valores de los indicadores deben ser numéricos y las descripciones deben reservarse solo para los informes narrativos.
6. Se debe tener presente que “0”, “ND” y “sin datos” tienen significados diferentes. “0” supone que en el indicador en cuestión no se logró ningún avance durante el período cubierto por el informe. Si no se mide un indicador durante un período en particular,

porque no se fijó una meta, por ejemplo, ingrese “ND” (no disponible). Solamente utilice “sin datos” en los casos en que se haya establecido una meta para el indicador, pero éste no pueda medirse por carecer de datos o porque los datos no son confiables.