

DOF: 21/08/2009

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-1999, PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES, PARA QUEDAR COMO NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-2009, PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES.

MAURICIO HERNANDEZ AVILA, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracciones XXI, XXII y XXIII, 13, apartado A) fracciones I y II, 133 fracciones I y II, 184 bis, 185, 186, 187, 191, 192 y 193 de la Ley General de Salud; 3o. fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4o. del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 8o. fracción V, 10 fracciones VII y XVI, y 33 fracción IV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, he tenido a bien ordenar la publicación en el Diario Oficial de la Federación la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Considerando

Que con fecha 29 de noviembre de 2005, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones en su carácter de Coordinador del Subcomité de Adicciones y Salud Mental, órgano colegiado donde participaron representantes de los sectores público, social y privado, presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el Anteproyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999.

Que con fecha 31 de julio del 2006, en cumplimiento del acuerdo del Comité y en lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Proyecto de Modificación a la Norma, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Que con fecha previa, fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones y contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-2009, PARA LA PREVENCION, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES.

PREFACIO

En la elaboración y revisión de la presente Norma Oficial Mexicana participaron las siguientes dependencias, instituciones, unidades administrativas, organismos, asociaciones y organizaciones:

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA-CENSIDA
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

Dirección General Adjunta de Epidemiología
Dirección General Adjunta de Programas Preventivos
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia-CENSIA
Dirección General de Promoción de la Salud

Subsecretaría de Innovación y Calidad

Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

Subsecretaría de Administración y Finanzas

Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales de Referencia
Instituto Nacional de Rehabilitación
Instituto Nacional de Salud Pública
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas
Dirección General Adjunta de los Servicios de Atención Psiquiátrica

Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios-COFEPRIS

Comisión Nacional de Arbitraje Médico-CONAMED

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Dirección General de Comunicación Social

Servicios Estatales de Salud

Consejo Estatal contra las Adicciones, Aguascalientes
Consejo Estatal contra las Adicciones, Baja California
Consejo Estatal contra las Adicciones, Baja California Sur
Consejo Estatal contra las Adicciones, Campeche
Consejo Estatal contra las Adicciones, Coahuila
Consejo Estatal contra las Adicciones, Colima
Consejo Estatal contra las Adicciones, Chiapas
Consejo Estatal contra las Adicciones, Chihuahua
Consejo Contra las Adicciones del Distrito Federal
Consejo Estatal contra las Adicciones, Durango
Consejo Estatal contra las Adicciones, Guanajuato
Consejo Estatal contra las Adicciones, Guerrero
Consejo Estatal contra las Adicciones, Hidalgo
Consejo Estatal contra las Adicciones, Jalisco
Consejo Estatal contra las Adicciones, Estado de México
Consejo Estatal contra las Adicciones, Michoacán
Consejo Estatal contra las Adicciones, Morelos
Consejo Estatal contra las Adicciones, Nayarit
Consejo Estatal contra las Adicciones, Nuevo León
Consejo Estatal contra las Adicciones, Oaxaca
Consejo Estatal contra las Adicciones, Puebla
Consejo Estatal contra las Adicciones, Querétaro
Consejo Estatal contra las Adicciones, Quintana Roo
Consejo Estatal contra las Adicciones, San Luis Potosí
Consejo Estatal contra las Adicciones, Sinaloa
Consejo Estatal contra las Adicciones, Sonora
Consejo Estatal contra las Adicciones, Tabasco

Consejo Estatal contra las Adicciones, Tamaulipas
Consejo Estatal contra las Adicciones, Tlaxcala
Consejo Estatal contra las Adicciones, Veracruz
Consejo Estatal contra las Adicciones, Yucatán
Consejo Estatal contra las Adicciones, Zacatecas

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado-ISSSTE

Comisión Nacional de los Derechos Humanos-CNDH

Secretaría de Educación Pública-SEP
Dirección General de Extensión Educativa
Dirección de Salud y Seguridad en las Escuelas
Departamento de Vinculación para el Fomento a la Salud

Secretaría de la Defensa Nacional-SEDENA
Dirección General de Sanidad
Hospital Central Militar

Procuraduría General de la República-PGR
Dirección General de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad
Instituto Nacional de Ciencias Penales

Instituto Mexicano de la Juventud-IMJ

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia-DIF
Dirección de Protección a la Infancia
Dirección de Profesionalización de la Asistencia Social

Universidad Nacional Autónoma de México-UNAM
Dirección General de Servicios Médicos

Facultad de Psicología
Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS)
Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y Servicios al Sector Social

Universidad Autónoma Metropolitana-UAM
Fraternidad de Grupos de Autoayuda y Ayuda Mutua

Universidad Iberoamericana
Departamento de Psicología, Plantel Santa Fe

Instituto Politécnico Nacional-IPN
Dirección de Educación Superior
Area de Psicología de la Dirección de Estudios Profesionales en Ciencias Médico Biológicas

Centros de Integración Juvenil, A.C.-CIJ

Alianza Contra el Tabaco, A.C.-ACTA

Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.-APM

Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.-FISAC

Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C.-INEPAR

Instituto Vida Saludable, A.C.

Centros Toxicológicos "Jóvenes por la Salud" Venustiano Carranza

Centros Toxicológicos "Jóvenes por la Salud" Xochimilco

Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo, A.C.-CESAAL

Centro de Integración para Adictos y Familiares, A.C. "Monte Fénix"

Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.

Junta de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C.

Oficina Central de Servicios de Grupos 24 horas de AA y Terapia Intensiva A.C.

Drogadictos Anónimos, A.C.-DA

Grupo AL-ANON

OCIUM Tiempo Libre con Imaginación, A.C.

Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones y Codependencia "La Joya"

Centro de Rehabilitación para Adictos Proyecto "Ave Fénix 2000", A.C.

Consultoría en Salud Pública y Gestión Sanitaria, A.C.

Centro "Cáritas" de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas, A.C.

Casa Nueva, Comunidad Terapéutica

Centro de Atención Especializado en Drogodependencias, A.C.-CAEDRO

Federación Nacional de Asociaciones de Padres de Familia, A.C.-FENA PAF

Centro de Respuestas Educativas y Comunitarias, A.C.-CRECE

Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones, S.A. de C.V.

Junta de Asistencia Privada en el Distrito Federal-JAPDF

Fundación "Ama la Vida" I.A.P.

Juventud, Luz y Esperanza, I.A.P.

Hogar Integral de la Juventud I.A.P.

Grupo "Compañeros Uno", I.A.P.

Centro de Rehabilitación de Alcoholismo y Drogadicción "Dr. Sergio Berumen" I.A.P.

Centro de Rehabilitación y Farmacodependencia Libertad I.A.P.

Fundación Reencuentro I.A.P.

La Cumbre de la Montaña I.A.P.

Reto a la Juventud México I.A.P.

Fundación Para la Salud y la Vida, I.A.P.

Centro Comunitario San Lorenzo de la Fundación Bringas Hagenbeck, I.A.P.

Fundación Pro Niños de la Calle, I.A.P.

Fundación Francisco de Asís para Enfermos del Alcoholismo, I.A.P.

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo y campo de aplicación
2. Referencias
3. Definiciones
4. Símbolos y abreviaturas
5. Generalidades
6. Prevención
7. Detección temprana y derivación
8. Referencia de usuarios
9. Tratamiento
10. Investigación
11. Vigilancia epidemiológica
12. Seguimiento y evaluación
13. Capacitación y enseñanza
14. Bibliografía
15. Concordancia con normas internacionales y normas mexicanas
16. Observancia de la Norma
17. Vigencia
18. Apéndices
 - Apéndice Informativo "A" Cédula de indicadores para medir dependencia a drogas
 - Apéndice Informativo "B" Cuestionario de Fagerström para detectar la dependencia a la nicotina
 - Apéndice Informativo "C" Cuestionario Audit. Prueba para identificar trastornos por el consumo de alcohol

0. Introducción

El abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, constituye un grave problema social y de salud pública, con importantes consecuencias negativas que trascienden del ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, la escuela, la comunidad y la sociedad.

En el caso del alcohol, la población juvenil inicia el consumo a edades cada vez más tempranas además de que el porcentaje de consumo en mujeres ha aumentado, repercutiendo ello en los índices de morbilidad y mortalidad con un alto costo social, laboral y familiar. Con relación al tabaquismo, es innegable la asociación directa e indirecta del consumo del tabaco y sus productos, así como la exposición involuntaria al humo de tabaco, con graves padecimientos de alta letalidad, además del impacto familiar, laboral, social y económico. Ahora se sabe que el uso de alcohol y tabaco precede el consumo de drogas ilícitas; además de que cada día aparecen nuevos tipos de sustancias, formas de uso y patrones de consumo, presentándose de manera fundamental en zonas urbanas, extendiéndose a las suburbanas, con marcadas diferencias regionales.

Entre los problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo se pueden citar: intoxicación, accidentes y conducta violenta que se ve reflejada principalmente como violencia familiar, cirrosis y hepatitis, pancreatitis, cardiopatía, encefalopatía, enfermedades degenerativas y carenciales, prácticas sexuales y conductas de riesgo, síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales, alimenticios y de la conducta, cáncer del aparato digestivo, entre otras. En el caso del tabaco: cáncer pulmonar, cáncer oral, cáncer de laringe, cáncer esofágico y de otros órganos, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades vasculares cerebrales, problemas perinatales y muerte súbita del lactante, entre otros. El uso y abuso de otras sustancias psicoactivas se asocia con la aparición de problemas psicosociales y psiquiátricos, infecciones de transmisión sexual, criminalidad, lesiones por causa externa, alteraciones en la gestación (retraso en el crecimiento intrauterino, abortos, parto pretérmino y muerte fetal), síndrome de abstinencia en el neonato, cambios a nivel neuronal y muerte súbita, entre otros.

El abuso de sustancias psicoactivas, representa una preocupación creciente para el gobierno federal, las entidades federativas, los municipios y la sociedad en general. Esta problemática exige contar con una variedad de recursos humanos especializados, técnicos y profesionales, capacitados en la orientación, asistencia y tratamiento de las adicciones, así como establecer mecanismos de coordinación entre las instituciones y programas disponibles en el país, de tal modo que se implementen estrategias, programas y acciones de investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación, reducción del daño, normatividad, legislación, sensibilización y capacitación, para garantizar que las acciones benefician a la población.

Asimismo, para asegurar un nivel de calidad adecuado en la prestación de los servicios que permita reducir la incidencia y prevalencia del uso y abuso de sustancias psicoactivas, así como la morbilidad y mortalidad asociadas, se requiere establecer las condiciones y requisitos mínimos indispensables que regulen la prestación de los mismos.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones.

1.2 Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma, es necesario atender a lo dispuesto en las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

2.1 NOM-001-SSA2-1993, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

2.2 NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar.

2.3 NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

2.4 NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

2.5 NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

2.6 NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

2.7 NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

2.8 NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.9 NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

3. Definiciones

Para los efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entiende por:

3.1 Adicción o dependencia, es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

3.2 Adicto o farmacodependiente, es la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.

3.3 Adicto en recuperación, es la persona que ha dejado de utilizar sustancias psicoactivas y está en un proceso de reinserción social.

3.4 Adolescente, son las personas que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.

3.5 Alcoholismo, es el síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.

3.6 Aval Técnico, es el documento que emite una institución u organismo de reconocida capacidad técnica en la materia, en apoyo de una estrategia o servicio.

3.7 Aviso de funcionamiento, a lo establecido en los artículos 47 y 200 Bis de la Ley General de Salud.

3.8 Bebida alcohólica, es aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen.

3.9 Co-morbilidad, es la presencia de dos o más trastornos en un mismo individuo.

3.10 Comunicación educativa, es el proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustentan en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión en mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

3.11 Comunidad terapéutica, es un contexto y un método de tratamiento que busca la rehabilitación de adictos a través de la modificación en el estilo de vida y del cambio de identidad personal. Se sustenta en la ayuda mutua y en la interacción comunitaria. Puede ser operada por personal de adictos en recuperación, por profesionales o por personal mixto.

3.12 Consejo de salud, es una intervención breve que puede ser aislada o sistemática, cuyo objetivo es que el paciente o usuario de servicios de salud adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud.

3.13 Consentimiento informado, es el acuerdo por escrito, mediante el cual el usuario del servicio, familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, autoriza su participación en el tratamiento, con pleno conocimiento de los

procedimientos y riesgos a los que se someterá, por libre elección y sin coacción alguna. Por lo que se refiere a investigación, se atenderá lo dispuesto en el artículo 100, fracción IV de la Ley General de Salud.

3.14 Consumo de sustancias psicoactivas, es el rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de estas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos que actúan sobre el Sistema Nervioso Central.

3.15 Consumo perjudicial, es el uso nocivo o abuso de sustancias psicoactivas, el patrón desadaptativo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de alguna o varias sustancias.

3.16 Delirium, es el estado mental agudo, reversible, caracterizado por confusión y conciencia alterada, y posiblemente fluctuante, debido a una alteración de metabolismo cerebral.

3.17 Droga, se refiere a cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología se refiere a cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo.

3.18 Educación para la salud, es el proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y modificar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

3.19 Encargado, es la persona designada a cargo del establecimiento en ausencia del responsable del mismo.

3.20 Establecimientos de servicios generales de salud, son aquéllos que brindan servicios de atención médica no especializada en adicciones.

3.21 Establecimientos especializados en adicciones, son los establecimientos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto.

3.22 Estilo de vida, es el conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, los pares, las autoridades y la comunidad e influida por los medios de comunicación.

3.23 Etanol (alcohol etílico), aquél de contenido alcohólico mayor de 55°GL, de uso industrial y no potable.

3.24 Factores protectores, son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

3.25 Factor de riesgo, es el atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

3.26 Fumador pasivo, es la persona que inhala de manera involuntaria el humo de tabaco en el ambiente.

3.27 Grupo de ayuda mutua, es la agrupación que ofrece servicios, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas.

3.28 Grupo de alto riesgo, es aquél en el que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales y de vulnerabilidad social, tiene mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, ejemplo: niñas, niños y adolescentes, menores en situación de calle, madres adolescentes, entre otros.

3.29 Humo de tabaco de segunda mano, es el que se forma directamente por la combustión del tabaco o corriente principal, además del que sale del extremo opuesto a la brasa o corriente secundaria al cual se agrega al que exhalan las personas que fuman.

3.30 Intoxicación aguda, es el estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de la conciencia, en lo cognoscitivo, en la percepción, en la afectividad, en el pensamiento o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas.

3.31 Médico responsable, es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la atención médica del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso médico, sin perjuicio de las obligaciones de los responsables de otros manejos terapéuticos que participan en su atención.

3.32 Modelo de ayuda mutua, es el servicio que se ofrece en las agrupaciones de adictos en recuperación, utilizando los programas de ayuda mutua.

3.33 Modelo mixto, es el tratamiento ofrecido por ayuda mutua y el modelo profesional.

3.34 Modelo profesional, es el servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de consulta externa, consulta de urgencias (servicio de urgencias) y hospitalización, entre otros.

3.35 Modelos alternativos, son aquéllos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica del usuario, y que son diferentes a los de la medicina alopática.

3.36 Niños/as, son las personas de hasta 12 años incompletos.

3.37 Participación comunitaria, es el proceso de integración y coordinación de los miembros de una comunidad, para intervenir en la identificación y solución de problemas comunes.

3.38 Participación social, es el proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de

salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

3.39 Patrón de consumo o historia de consumo, es el conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

3.40 Personas adultas mayores, son aquéllas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional.

3.41 Prácticas de alto riesgo, son las actividades en las que existe una alta posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.

3.42 Prácticas sexuales de riesgo, representan actividades, en las que, sin el correcto uso de algún medio que evite el intercambio de secreciones o sangre, exista penetración: pene-ano, pene-vagina, pene-boca o boca-genitales externos.

3.43 Prevención, es el 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.

3.44 Prevención indicada, es la intervención que se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y/o usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción.

3.45 Prevención selectiva, es la que se enfoca a desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. Estos grupos se asocian al consumo de drogas ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo coadyuva a la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otras.

3.46 Prevención universal, es la que está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención.

3.47 Promoción de la salud, son las acciones tendientes a desarrollar actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad.

3.48 Recuperación, es el estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

3.49 Reducción del daño, es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia. Para el caso de VIH/SIDA, es la estrategia con la que se considera que a través de información a los usuarios sobre el VIH/SIDA, instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectadas, formación de grupos interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectadas.

3.50 Rehabilitación del adicto, es el proceso por el cual un individuo que presenta trastornos asociados con sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

3.51 Reinserción social, es el conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.

3.52 Responsable del establecimiento especializado en adicciones, para el efecto se estará a lo dispuesto en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Por lo que se refiere a los grupos de ayuda mutua, éste podrá ser un adicto en recuperación, que tenga dos años como mínimo de abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas y en su proceso de rehabilitación.

3.53 Síndrome de abstinencia o de supresión, es el grupo de síntomas y signos, cuya gravedad es variable, que aparece durante la suspensión brusca, total o parcial del consumo de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente o del consumo de altas dosis de la misma.

3.54 Sustancia psicoactiva o psicotrópica, es la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol.

3.55 Tabaco, la planta "Nicotina Tabacum" y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones, que se utilicen para ser fumado, chupado, mascado o utilizado como rapé.

3.56 Tabaquismo, es la dependencia o adicción al tabaco.

3.57 Tratamiento, es 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.

3.58 Usuario, es toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas. Al hacer mención en esta Norma a la palabra usuario, se entenderá a

sujetos tanto de sexo masculino como del femenino.

4. Símbolos y abreviaturas

El significado de los símbolos y abreviaturas utilizados en esta Norma es el siguiente:

AA	Alcohólicos Anónimos
CECA	Consejo Estatal contra las Adicciones
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión
COMCA	Comité Municipal contra las Adicciones
CONADIC	Consejo Nacional contra las Adicciones
DA	Drogadictos Anónimos, A.C.
DSMIV-TR	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Texto revisado
LSD	Dietilamina del Acido Lisérgico
NOM	Norma Oficial Mexicana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISVEA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones
SNS	Sistema Nacional de Salud
LA SECRETARIA	Secretaría de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

5. Generalidades

5.1 Los servicios de atención especializada en adicciones representan, de manera inherente, actividades:

- A)** Preventivas
- B)** De urgencias
- C)** De tratamiento
- D)** De rehabilitación y reinserción social
- E)** Reducción de daños y riesgos
- F)** De enseñanza y capacitación, y
- G)** De investigación científica

5.2 Los establecimientos especializados en adicciones que brinden atención residencial deben contar con:

5.2.1 Organización interna:

5.2.1.1 Contar con el aviso de funcionamiento respectivo, así como con el registro como institución especializada ante el CONADIC

5.2.1.2 Programa general de trabajo aprobado por el CONADIC, en el que se contemple el tratamiento médico y/o psicosocial basado en principios científicos, sociales y éticos,

5.2.1.3 Reglamento Interno,

5.2.1.4 Manuales técnico-administrativos, y

5.2.1.5 Guía operativa de referencia y contrarreferencia a otros establecimientos de mayor complejidad, de acuerdo con el cuadro clínico.

5.2.2 Infraestructura:

5.2.2.1 Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones, de acuerdo con el tipo de modelo de atención que brinden, e

5.2.2.2 Instalaciones específicas necesarias para dar atención a los usuarios, estableciendo perfectamente la división de acuerdo con su grupo de edad y sexo.

- Niños/as

- Adolescentes
- Adultos/as
- Personas Adultas Mayores
- Personas con capacidades diferentes

5.2.3 Personal capacitado y suficiente para llevar a cabo las funciones del establecimiento.

5.2.4 Programa de atención integral para los usuarios, mismo que habrá de comprender:

5.2.4.1 Ambiente físico apropiado, limpio y seguro,

5.2.4.2 Tratamiento médico y/o psicosocial, de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos aplicables,

5.2.4.3 La alimentación suministrada a los usuarios debe ser balanceada, de buen aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo con el estado de salud del usuario,

5.2.4.4 Ambiente y acciones que promuevan la participación activa del usuario en su tratamiento,

5.2.4.5 El personal que labora en los establecimientos especializados en adicciones, tiene la obligación de vigilar, proteger y dar seguridad a los usuarios, mientras permanezcan en el mismo,

5.2.4.6 La relación del personal con los usuarios se basará en el respeto a su persona, a sus derechos civiles y humanos, así como a sus pertenencias,

5.2.4.7 Proporcionar un servicio de quejas y sugerencias para usuarios y familiares, que garantice el que sean tomadas en cuenta para la solución, vigilancia y seguimiento de las peticiones,

5.2.4.8 El establecimiento debe promover, de ser posible, la participación de la familia en el proceso de atención a los usuarios y hacerla corresponsable de acciones concretas propias del proceso de atención,

5.2.4.9 Se debe informar sobre el costo directo o indirecto y total del tratamiento, así como su duración, en el momento del ingreso o cuando cualquier persona solicite información,

5.2.4.10 Toda medicación suministrada al usuario debe ser prescrita por un médico y ello debe ser registrado en el expediente clínico del usuario,

5.2.4.11 Todo usuario que ingrese al establecimiento con una prescripción médica o con un esquema de tratamiento previo, deberá tener continuidad en su terapéutica, por lo que el responsable del establecimiento se debe comprometer a administrar los medicamentos en las dosis y horarios prescritos, pudiendo ser interrumpidos previa valoración médica,

5.2.4.12 Toda información proporcionada por el usuario y/o familiares del mismo, así como la consignada por escrito en su expediente, deberá manejarse bajo las normas de confidencialidad y el secreto profesional,

5.2.4.13 La información sobre el proceso del tratamiento no se revelará a individuo o autoridad alguna, si no es con el consentimiento escrito del usuario, salvo los casos previstos por la ley,

5.2.4.14 En ninguno de los tratamientos se permitirán grabaciones de audio, video o fotografías, en modalidad alguna de tratamiento, sin explicar su finalidad y previo consentimiento informado y por escrito del usuario, familiar más cercano en vínculo, tutor, curador y, en su caso, representante legal,

5.2.4.15 El establecimiento debe contar con un directorio de instituciones y servicios para la referencia o canalización de los usuarios en situaciones de urgencia, tratamiento y rehabilitación, avalado por el CONADIC,

5.2.4.16 El programa de trabajo del establecimiento deberá contar con la especificación de las actividades de rehabilitación que deberán desarrollarse en el mismo, en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores y la familia.

5.2.5 Notificar mensualmente al SISVEA, mediante el llenado de cuestionarios sobre Consumo de Drogas para cada usuario de nuevo ingreso registrado, siempre respetando el anonimato del usuario.

5.3 El ingreso de los usuarios a los establecimientos especializados en adicciones con modelos profesional y mixto podrá ser voluntario, involuntario u obligatorio, y en el de ayuda mutua será estrictamente voluntario, pudiendo darse el ingreso obligatorio en los establecimientos que operen bajo este modelo que estén reconocidos por el CONADIC, debiéndose ajustar a los procedimientos siguientes:

5.3.1 El ingreso voluntario requiere de solicitud del usuario por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud; en caso de ser menor de edad se requiere de la solicitud por escrito de sus padres, representante legal o tutor.

5.3.2 El ingreso en forma involuntaria se presenta en el caso de los usuarios que requieren atención urgente o representan un peligro grave e inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, el usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del establecimiento.

Todo internamiento involuntario deberá ser notificado por el responsable del establecimiento al Ministerio Público de la adscripción, en un plazo no mayor de 24 horas posteriores a la admisión.

5.3.3 El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el usuario lo amerite de acuerdo con el examen médico que le sea practicado.

5.3.4 Tratándose de un menor de 16 años, sólo se le ingresará cuando existan programas y espacios adecuados e independientes, de acuerdo con la edad y sexo, de lo contrario deberá ser referido a los establecimientos encargados de la atención a menores.

5.4 El egreso del usuario del establecimiento especializado en adicciones podrá ser por los siguientes motivos:

5.4.1 Haber cumplido los objetivos del internamiento,

5.4.2 Traslado a otra institución,

5.4.3 A solicitud del usuario, con excepción de los casos de ingresos obligatorios e involuntarios,

5.4.4 A solicitud del familiar autorizado, representante legal o tutor y con el consentimiento del usuario,

5.4.5 Abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica, debiéndose notificar al Ministerio Público del lugar de la adscripción del establecimiento,

5.4.6 Disposición de la autoridad legal competente, y

5.4.7 Defunción.

6. Prevención

Es el 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.

Para realizar las acciones de prevención, es necesario tomar en cuenta, los aspectos macro y micro sociales de las poblaciones objetivo, tales como: dimensiones epidemiológicas del problema, disponibilidad de servicios y programas preventivos, representación social, zona geográfica, su cultura, usos y costumbres, la familia y aspectos legislativos, entre otros; así como las características de los individuos tales como su edad y género, las sustancias psicoactivas de uso, los patrones de consumo y problemas asociados.

De esta manera, todo programa preventivo deberá:

a) Disponer de un marco filosófico, teórico y metodológico, basarse en un diagnóstico, conocimiento de las necesidades y evidencias científicas, contar con sistemas de seguimiento y evaluación, así como los recursos y el personal calificado.

b) Considerar componentes de prevención universal, selectiva o indicada, ser proactivo, no discriminatorio, y considerar los componentes culturales y de la región.

c) Incluir poblaciones vulnerables y de muy alto riesgo, de acuerdo con la estratificación de los diferentes grupos sociales, tomando en cuenta sobre todo a la juvenil.

d) Contar con programas escritos que las mismas elaboren y tener el aval por escrito del CONADIC.

6.1 En materia de modalidades preventivas:

6.1.1 En el caso de considerar estrategias de prevención universal, el programa deberá considerar mensajes y estrategias que estén destinados a impedir o retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas con base en los siguientes principios:

6.1.1.1 El programa se debe diseñar tratando de incidir sobre todo tipo de población, sin tener en cuenta las situaciones de riesgo individuales. Los destinatarios no deben ser seleccionados,

6.1.1.2 Su metodología y contenidos deben estar diseñados para cualquier contexto de intervención (escolar, familiar, comunitario, etc.), y

6.1.1.3 Debe implicar una serie de intervenciones que en comparación con modalidades preventivas selectivas o indicadas, requieran de menor tiempo.

6.1.2 En caso de considerar estrategias de prevención selectiva, el programa debe dirigirse a grupos que presentan un especial riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, ya sea por factores de orden biológico, psicosociales o ambientales, esto con base en lo siguiente:

6.1.2.1 A partir del conocimiento de factores de riesgo específicos para el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas, debe identificar e intervenir con grupos de personas que comparten determinadas características con el objetivo que desarrollen habilidades que les permitan afrontar tales riesgos,

6.1.2.2 Por lo general, no valora el grado de vulnerabilidad o riesgo personal de los miembros del grupo de riesgo, pero supone tal vulnerabilidad por pertenecer a él.

6.1.2.3 Durante la conformación de los grupos a intervenir, se deben considerar medidas para tratar de evitar o disminuir la posibilidad de contribuir en los procesos de construcción social de estigmas hacia estos grupos.

6.1.2.4 Se deben desarrollar en periodos largos de tiempo y requerir más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que las modalidades de intervención universales.

6.1.2.5 Se debe contar con personal con formación específica en adicciones.

6.1.3 En caso de considerar estrategias de prevención indicada, el programa deberá dirigirse a personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción pero que muestran signos previos (por ejemplo; consumo de sustancias psicoactivas de manera experimental, problemas de conducta relacionados, etc.), esto con base en los siguientes principios:

6.1.3.1 El programa se debe diseñar con el objetivo de detener la progresión del abuso de sustancias psicoactivas o desórdenes relacionados, así como para disminuir los riesgos asociados al mismo,

6.1.3.2 Debe seleccionar cuidadosamente a los participantes o destinatarios del programa a través de un tamizaje u otros procesos de selección; considerando medidas para tratar de evitar o disminuir la posibilidad de contribuir en los procesos de construcción social de estigmas hacia estas personas,

6.1.3.3 Debe valorar de manera específica los factores de riesgo, individuales y grupales, así como los problemas de conducta relacionados,

6.1.3.4 Se debe desarrollar en largos periodos de tiempo, con alta frecuencia y se requiere de un importante esfuerzo por parte de los participantes, y

6.1.3.5 Se debe contar con la intervención de personal especializado en adicciones.

6.2 Promoción de la Salud

Proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectiva, mediante actividades de participación comunitaria, comunicación social y educación para la salud.

6.2.1 En materia de educación para la salud se debe:

6.2.1.1 Informar a la población sobre el problema social y de salud pública que genera el consumo de sustancias psicoactivas y requerir la participación organizada de toda la sociedad para combatir este problema,

6.2.1.2 Informar sobre factores protectores y factores de riesgo en torno a las adicciones, particularmente a niños, niñas, adolescentes y otros grupos de alto riesgo,

6.2.1.3 Orientar sobre medidas preventivas y conductas responsables para evitar y, en su caso, retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas, así como los riesgos y daños asociados al consumo,

6.2.1.4 Desarrollar programas educativos encaminados a influir positivamente en la formación integral del individuo, de la familia y la comunidad, así como promover el autocuidado, mejores relaciones, estilos de vida y entornos saludables, y

6.2.1.5 Distribuir materiales previamente evaluados, avalados por el CONADIC, relacionados con la prevención de adicciones, que sean acordes a la población objetivo.

6.2.2 En materia de participación comunitaria se debe:

6.2.2.1 Establecer comunicación con los diversos sectores, grupos, autoridades y líderes de la comunidad, de tal manera que permita y favorezca la realización de acciones coordinadas y permanentes para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y el desarrollo de comunidades saludables,

6.2.2.2 Incorporar a líderes de grupos objetivo en el diseño y ejecución de actividades preventivas y acordes a su contexto sociocultural y de promoción de la salud,

6.2.2.3 Apoyar en actividades de información, orientación y capacitación a grupos representativos de la comunidad que participen voluntariamente en actividades preventivas y de promoción de la salud, fomentando la retroalimentación,

6.2.2.4 Impulsar y apoyar actividades comunitarias para la ocupación del tiempo libre, el aprendizaje de habilidades, habilidades para el autoempleo y la realización de actividad física sistemática de acuerdo con la población objetivo; así como promover la creación de espacios recreativos, sociales y culturales,

6.2.2.5 Promover la participación activa y organizada de la comunidad para que, con base en el conocimiento del marco legal sobre el consumo y control de las sustancias psicoactivas, coadyuve al cumplimiento del mismo y proponga iniciativas para su modificación.

6.2.2.6 Identificar y fortalecer redes sociales para la ejecución de planes de acción encaminados al desarrollo del bienestar social.

6.2.3 En materia de comunicación social se debe:

6.2.3.1 Promover que las actividades de comunicación masiva, grupal e interpersonal sobre prevención del abuso de sustancias psicoactivas, formen parte de un programa integral de educación y promoción para la salud,

6.2.3.2 Ofrecer una visión integral y objetiva del problema, así como informar sobre las alternativas para su atención preventiva, terapéutica y de rehabilitación,

6.2.3.3 Diseñar, elaborar, difundir y evaluar campañas que promuevan la concientización de la comunidad y su participación en acciones preventivas sobre el abuso de sustancias psicoactivas, fundamentándose en información científica, evitando estigmatizar a grupos específicos de la población,

6.2.3.4 Vigilar que los medios utilizados en la difusión de los mensajes sean los más adecuados, en cuanto a horario, frecuencia y tipo, para la población definida como objetivo,

6.2.3.5 Definir los contenidos de los mensajes, de tal manera que:

6.2.3.5.1 Sean claros, específicos, con datos actualizados y confiables, con fundamento en la evidencia científica, que eviten la estigmatización y que tengan un nivel de impacto y efectividad apropiados,

6.2.3.5.2 Se dirijan a las necesidades, intereses y características de la población objetivo,

6.2.3.5.3 No muestren la forma de administración de sustancias psicoactivas, ni a personas consumiéndolas, y

6.2.3.5.4 Motiven la participación y toma de conciencia en acciones preventivas.

6.2.3.6 Contar con el aval técnico del CONADIC.

6.2.3.7 El CONADIC, ante el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el numeral 6.2.3, lo hará del conocimiento de las autoridades competentes, para que éstas lleven a cabo el procedimiento respectivo.

7. Detección temprana y derivación

Es una estrategia evaluativa que combina la identificación del consumo de sustancias psicoactivas y los riesgos o daños ocasionados por ello, así como del tratamiento oportuno.

7.1 El personal de salud debe realizar la valoración clínica sobre consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas en el individuo.

7.2 Si existen indicios de que la persona está en etapa de experimentación o consumo eventual, se debe aplicar el consejo de salud, con la finalidad de hacer conciencia en el usuario sobre la importancia de disminuir hasta abandonar el consumo de la sustancia psicoactiva.

7.3 En caso de que el individuo presente uso perjudicial de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas, debe ser derivado a algún servicio de tratamiento especializado.

8. Referencia de usuarios

8.1 Cuando los recursos del establecimiento no permitan la atención del problema del usuario, se deberá remitir a otro establecimiento en el que se asegure su atención, debiendo cumplir con los requisitos de ingreso del establecimiento al que será remitido, tomando en cuenta las necesidades del usuario, el tipo de sustancia utilizada, edad, género, patrones de consumo, síndrome de dependencia de las sustancias psicoactivas y problemas asociados al consumo.

8.2 El encargado o el responsable deberán elaborar la hoja de referencia, la cual debe contener:

8.2.1 Datos generales del establecimiento que refiere,

8.2.2 Datos del establecimiento receptor,

8.2.3 Resumen del caso que incluya:

8.2.3.1 Motivo de referencia e impresión diagnóstica,

8.2.3.2 Pruebas o exámenes realizados y revisión de los mismos, en el caso de que se hayan realizado,

8.2.3.3 Sugerencias con relación al tratamiento,

8.2.3.4 Tratamiento empleado si lo hubiera,

8.2.3.5 Nombre completo y firma de quien realiza la referencia, y

8.2.3.6 Solicitud de contrarreferencia, a fin de dar seguimiento clínico.

8.2.4 Consentimiento informado del usuario, familiar responsable y/o representante legal.

9. Tratamiento

Es el conjunto de estrategias, programas y 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.

El tratamiento especializado en adicciones se llevará a cabo bajo las siguientes modalidades:

A) No Residencial

B) Residencial

9.1 El tratamiento bajo la modalidad no residencial podrá llevarse a cabo a través de:

1) Atención de urgencias,

2) Atención ambulatoria en establecimientos mixtos y profesionales,

3) Atención ambulatoria de ayuda mutua,

4) Atención ambulatoria alternativa.

9.1.1 En el tratamiento en el servicio de urgencias, por ningún motivo podrá negarse la atención a personas con problemas relacionados con consumo de sustancias psicoactivas, debiéndose brindar el servicio bajo los siguientes criterios:

9.1.1.1 Valoración clínica del caso,

9.1.1.2 Manejo del estado crítico,

9.1.1.3 Apertura de expediente clínico,

9.1.1.4 Elaboración de la nota clínica inicial,

9.1.1.5 Internamiento o envío a consulta externa, y

9.1.1.6 Una vez resuelto el problema de urgencia, debe ser referido a otra unidad de salud para el manejo del problema de abuso o dependencia.

9.1.2 La atención ambulatoria en los servicios de consulta externa de los establecimientos mixtos, profesionales y alternativos se llevará a cabo de acuerdo con los siguientes criterios:

- 9.1.2.1** Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente,
- 9.1.2.2** Apertura del expediente clínico,
- 9.1.2.3** Elaboración de la historia clínica,
- 9.1.2.4** Investigar, en caso de usuarias, si están embarazadas o en periodo de lactancia,
- 9.1.2.5** Aplicación del estudio psicosocial,
- 9.1.2.6** Solicitar auxiliares de diagnóstico, en caso necesario,
- 9.1.2.7** Establecimiento de diagnóstico, tratamiento y pronóstico,
- 9.1.2.8** Involucrar a la familia en el tratamiento cuando esto sea posible, contando con el consentimiento informado del usuario cuando éste sea mayor de edad o, en caso de ser menor, con el del responsable legal,
- 9.1.2.9** Referencia en su caso a otro nivel de atención,

9.1.2.10 Para el tratamiento del tabaquismo, los establecimientos especializados que operan bajo el modelo profesional o mixto deben apegarse a las siguientes especificaciones:

- 9.1.2.10.1** Abrir expediente clínico,
- 9.1.2.10.2** Elaborar historia clínica,
- 9.1.2.10.3** Hacer valoración clínica del caso y elaborar la nota correspondiente,
- 9.1.2.10.4** Investigar si la usuaria está embarazada, en periodo de lactancia, convive con niños/as o con mujeres embarazadas,
- 9.1.2.10.5** Solicitar auxiliares de diagnóstico, según sea el caso,
- 9.1.2.10.6** Elaborar diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento,
- 9.1.2.10.7** Si el plan de tratamiento incluye el empleo de productos sustitutivos, éstos deben ser prescritos por el responsable médico del caso,
- 9.1.2.10.8** Respecto a la Terapia de Reemplazo de Nicotina mediante chicles, parches e inhaladores, deben identificarse posibles contraindicaciones, darse la orientación adecuada para uso correcto, señalarse los efectos secundarios y las razones para suspender el tratamiento y vigilar la evolución,
- 9.1.2.10.9** Respecto al uso de antidepresivos y otros medicamentos, deben ser indicados por un médico de acuerdo con los esquemas terapéuticos establecidos y bajo su vigilancia clínica,
- 9.1.2.10.10** Debe explorarse siempre la posibilidad de que se presenten patologías asociadas a la dependencia del tabaco. De ser así debe brindarse el tratamiento específico y en caso de no contar con capacidad resolutoria, debe solicitarse interconsulta o bien referir al usuario,
- 9.1.2.10.11** En los establecimientos que ofrecen servicios generales de salud se debe informar y orientar a los usuarios sobre los siguientes aspectos:

- a) Que el tabaquismo es un problema de salud en sí mismo y un factor importante de riesgo, que requiere diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la evolución clínica, y
- b) Que este padecimiento, puede estar asociado a otros trastornos médicos, estomatológicos y psicológicos, que también requieren atención.

9.1.2.10.12 Los establecimientos que operen con el modelo de ayuda mutua para la atención del tabaquismo, deben referir a tratamiento médico a los adictos al tabaco, siempre que presenten complicaciones médicas que requieran atención profesional.

9.1.3 Los establecimientos que ofrezcan tratamiento ambulatorio de ayuda mutua deberán cubrir los siguientes requisitos:

- 9.1.3.1** Contar con un responsable del servicio,
- 9.1.3.2** Que el tratamiento que se ofrezca respete la dignidad de las personas, su integridad física y mental, y
- 9.1.3.3** Si no se cuenta con la capacidad resolutoria, derivar al usuario al servicio correspondiente.

9.2 El tratamiento bajo la modalidad residencial, se llevará a cabo en los establecimientos:

- a) Profesionales
- b) De ayuda mutua
- c) Mixtos

9.2.1 El tratamiento en la modalidad residencial en los establecimientos mixtos y profesionales, se llevará a cabo a través de las acciones siguientes:

- 9.2.1.1** Al ingreso se debe realizar:
 - 9.2.1.1.1** Examen clínico,

9.2.1.1.2 Elaboración de nota de ingreso,**9.2.1.1.3** Elaboración de historia clínica,**9.2.1.1.4** Realización de exámenes mínimos indispensables,**9.2.1.1.5** Revisión del caso por el médico responsable, y el equipo interdisciplinario,**9.2.1.1.6** Realización de exámenes complementarios en caso necesario, y**9.2.1.1.7** Establecimiento de la impresión diagnóstica, el plan terapéutico y el pronóstico, en un plazo no mayor de 48 horas.**9.2.1.2** La visita médica se llevará a cabo bajo los siguientes criterios:

9.2.1.2.1 Realizarse por lo menos tres veces por semana en caso de que no existan patologías físicas concomitantes al consumo de sustancias, en caso de existir, serán de acuerdo con su severidad,

9.2.1.2.2 Valoración del estado clínico,**9.2.1.2.3** Interpretación de resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete,**9.2.1.2.4** Revisión del diagnóstico y tratamiento,**9.2.1.2.5** Solicitud de interconsulta en su caso, y**9.2.1.2.6** Elaboración de la nota de evolución.

9.2.1.3 En caso de no contar con el poder resolutorio, se debe realizar interconsulta o derivación al servicio correspondiente. La interconsulta se llevará a cabo de acuerdo con los siguientes criterios:

9.2.1.3.1 Solicitud escrita que especifique el motivo,**9.2.1.3.2** Evaluación del caso por el servicio solicitado,**9.2.1.3.3** Proposición de un plan de estudio y tratamiento, y**9.2.1.3.4** Elaboración de la nota correspondiente.

9.2.1.4 Deberá realizarse diariamente una nota de evolución por parte del responsable del caso, que dé cuenta de los progresos o dificultades que presente el usuario durante su estancia residencial.

9.2.1.5 Al egreso se debe:**9.2.1.5.1** Valorar el estado clínico,**9.2.1.5.2** Ratificar o rectificar el diagnóstico final de acuerdo con la CIE 10 y/o DSMIV-TR,**9.2.1.5.3** Elaborar pronóstico,**9.2.1.5.4** Referir siempre a seguimiento ambulatorio de su trastorno relacionado con consumo de sustancias, y**9.2.1.5.5** Elaborar la nota clínica de egreso, informando el plan de egreso al usuario y a sus familiares o responsable legal.

9.2.2 El tratamiento bajo la modalidad residencial en los establecimientos de ayuda mutua, se llevará a cabo a través de las siguientes acciones:

9.2.2.1 Disposiciones generales:

Todo establecimiento de ayuda mutua debe:

9.2.2.1.1 Contar con aviso de funcionamiento,**9.2.2.1.2** Contar con responsable legal y encargado,

9.2.2.1.3 Contar con lineamientos y disposiciones por escrito del proceso de recuperación al que se va a incorporar el usuario, del funcionamiento del establecimiento, así como tener en lugar visible los criterios de exclusión sobre padecimientos que no pueden atender (trastornos psiquiátricos, alteraciones y trastornos conductuales no inherentes al consumo de sustancias psicoactivas, comorbilidades médicas y psiquiátricas, por ejemplo),

9.2.2.1.4 Explicar con detalle y claridad, tanto al usuario como al familiar responsable o representante legal, las condiciones del establecimiento, días y horarios de visita, así como costos directos o indirectos, y

9.2.2.1.5 El ingreso y la permanencia del usuario en el establecimiento deberán ser estrictamente voluntarios, excepto por orden expresa de autoridad competente.

9.2.2.2 En cuanto a su estructura física, deben contar con:**9.2.2.2.1** Área de recepción-información,**9.2.2.2.2** Sanitarios y regaderas independientes para hombres y para mujeres,

9.2.2.2.3 Dormitorios separados por sexo, con camas independientes (literas, hamacas o de acuerdo con los usos y costumbres de la población donde se encuentre el establecimiento), y con espacios individuales para guardar objetos personales,

9.2.2.2.4 Cocina,

9.2.2.2.5 Comedor,**9.2.2.2.6 Area para actividades recreativas,****9.2.2.2.7 Botiquín de primeros auxilios,****9.2.2.2.8 Area para psicoterapia grupal o individual, en caso de que ofrezcan esta última,****9.2.2.2.9 Area de resguardo y control de medicamentos con acceso restringido a los usuarios,****9.2.2.2.10 Extintores y señalización para casos de emergencia,**

9.2.2.2.11 Todas las áreas descritas deben estar siempre en perfectas condiciones de higiene, mantenimiento, iluminación y ventilación, y

9.2.2.2.12 El número de usuarios que pueden ser admitidos, dependerá de la capacidad del establecimiento, según las disposiciones legales vigentes.

9.2.2.3 Al ingreso se debe:

9.2.2.3.1 Realizar a todo usuario una revisión física por persona del mismo sexo, sin que se atente contra su integridad, siempre en presencia de un testigo que, de ser posible, sea un familiar o en su caso, representante legal o tutor, para detectar golpes o heridas que requieran la atención inmediata de un médico e informar a la autoridad competente.

9.2.2.3.2 Preguntar sobre la existencia de malestares o problemas de índole físico o mental actuales,

9.2.2.3.3 En caso de que alguna persona acuda al establecimiento con un grado severo de intoxicación o con síndrome de abstinencia o de supresión, se debe referir inmediatamente a servicios de atención profesional,

9.2.2.3.4 El encargado del establecimiento debe indagar si la persona está embarazada, tiene algún padecimiento grave, complicaciones físicas, psiquiátricas o enfermedad contagiosa, con la finalidad de tomar las previsiones necesarias para su atención y referencia,

9.2.2.3.5 Todo usuario que ingrese al establecimiento debe ser valorado por un médico en un periodo no mayor de 48 horas,**9.2.2.3.6** Se debe llenar una hoja de ingreso o reingreso de cada persona, que deberá contener:

- a) Fecha y hora,
- b) Datos generales del usuario,
- c) Enfermedades actuales,
- d) Datos del familiar más cercano en vínculo firmado por el usuario o, en su caso, representante legal o tutor, y del encargado del establecimiento,
- e) Breve descripción del estado de salud general del usuario, y
- f) Nombre y firma de aceptación del usuario, de su familiar más cercano en vínculo o, en su caso representante legal o tutor, y del encargado del establecimiento.

9.2.2.3.7 Si el que ingresa es menor de edad, se debe obtener adicionalmente el consentimiento por escrito de quienes ejerzan la patria potestad, del representante legal o tutor. En caso de que el menor se encuentre en situación de abandono, el encargado del establecimiento debe dar aviso al Ministerio Público más cercano, y

9.2.2.3.8 En los establecimientos no se deben admitir personas distintas a las que requieran el servicio para el cual fue creado (trastornos relacionados con consumo de sustancias psicoactivas); pero no se negará el ingreso a personas con alguna comorbilidad que ingieran medicamentos y que tengan una condición médica y/o psiquiátrica controlada.

9.2.2.4 Durante la estancia se debe:**9.2.2.4.1** Suministrar medicamentos a los usuarios, sólo bajo prescripción médica,

9.2.2.4.2 En caso de presentarse algún accidente o emergencia con alguno de los usuarios, el responsable o encargado del establecimiento debe proporcionar los primeros auxilios y asegurar que se brinde de inmediato la atención médica necesaria, dando aviso al familiar más cercano en vínculo o representante legal en su caso y, de ser procedente, a la instancia legal o autoridad competente,

9.2.2.4.3 El encargado del establecimiento debe proporcionar al familiar más cercano en vínculo y, en su caso, representante legal del usuario, toda la información que le sea solicitada acerca del estado general, evolución del tratamiento o recuperación del usuario, y

9.2.2.4.4 No deben ser utilizados procedimientos que atenten contra la dignidad, así como la integridad física y mental del usuario.

9.2.2.5 Al egreso se debe llenar la hoja de egreso con los siguientes datos:

- a) Fecha y hora de egreso,
- b) Descripción del estado general del usuario,
- c) Nombre y firma de conformidad, de la persona que egresa; del familiar más cercano en vínculo, representante legal, según corresponda y del encargado del establecimiento, y

- d) En caso de que el usuario sea menor de edad, se debe contar además con la firma de conformidad de la persona que ejerza la patria potestad o representante legal, según sea el caso.

9.3 Los establecimientos que practiquen tratamientos alternativos y/o complementarios, deberán cubrir los requisitos establecidos en los numerales del 9.1.2.1 al 9.1.2.9, así como estar registrados y avalados por el CONADIC, además de contar con el aviso de funcionamiento respectivo.

9.3.1 Por reducción de daño se entiende al conjunto de estrategias, programas y acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia.

En caso de VIH/SIDA, es la estrategia con la que se considera que a través de información a los usuarios sobre el VIH/SIDA, instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectadas, formación de grupos interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectadas.

9.3.1.1 Quienes realicen estrategias de reducción del daño, deben contar con programa por escrito, el cual debe estar basado en la ciencia y contar con el aval técnico del CONADIC.

9.3.1.2 Los establecimientos de atención médica que lleven a cabo el tratamiento con agonistas de sustitución, deben observar los siguientes requisitos:

9.3.1.2.1 Estar registrados y avalados por el CONADIC.

9.3.1.2.2 Ser parte de tratamientos integrales, buscando al final la abstinencia de la sustancia o la

disminución de las consecuencias producidas por el consumo de sustancias, la rehabilitación y la reinserción social de individuos y familias, e

9.3.1.2.3 Involucrar a la familia.

10. Investigación

10.1 La investigación en materia de adicciones, tiene por objeto:

10.1.1 Proveer de una base científica que permita diseñar e implementar políticas en materia de adicciones,

10.1.2 Evaluar los resultados de los modelos y programas preventivos, así como de tratamiento, rehabilitación y control, registrando sus ventajas y desventajas y su repercusión a nivel local y nacional,

10.1.3 Identificar grupos y factores de riesgo y orientar la toma de decisiones, y

10.1.4 Establecer el costo, beneficio y efectividad de las acciones y programas.

10.2 En toda investigación en que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá acatarse lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos, su Reglamento y los ordenamientos nacionales e internacionales que resulten aplicables y los principios éticos y recomendaciones que confieran el grado de protección más alto del individuo, en lo relativo al respeto de sus derechos, de su dignidad, bienestar y anonimato.

10.3 En el diseño y desarrollo de este tipo de investigaciones se debe:

10.3.1 Obtener el consentimiento informado y por escrito, por parte del sujeto y, en su caso, del familiar más cercano en vínculo, o representante legal, debiendo informárseles, de acuerdo con sus condiciones individuales, extensa y explícitamente en forma verbal y por escrito, las características del estudio, la participación que se espera tener del sujeto, su derecho a aceptar o rehusar por libre albedrío y en cualquier momento del desarrollo de la investigación, sin demérito en su atención, así como los riesgos que corre, y

10.3.2 Elaborar, por parte del investigador, el protocolo de investigación, entendiendo por éste, el documento que contenga de manera ordenada y cronológica todos los aspectos que se requieran para realizar el estudio como: recursos humanos, materiales, los del orden científico, metodológico, analítico, estadístico, los costos que en su caso implique el estudio, el cronograma de actividades, la bibliografía que lo sustenta, los aspectos legales y éticos, el escrito de consentimiento informado, y/o el diverso escrito de la persona que en ejercicio de su derecho, solicite retirarse del estudio en cualquier fase en que éste se encuentre y que debe ser autorizado de inmediato por la autoridad competente o por quien haga sus veces.

Dicho protocolo se acompañará de una solicitud que debe presentarse a las autoridades competentes para su aprobación y para la realización del proyecto de investigación, debiendo respetarse en todo momento el anonimato del sujeto.

10.4 Los resultados de la investigación deben ser dados a conocer a la comunidad donde se efectuó el estudio y difundirse, en su caso, a través de reportes y publicaciones, respetando el anonimato y confidencialidad de los participantes en el mismo, debiendo darse a conocer:

10.4.1 El patrocinador del estudio,

10.4.2 La declaratoria de conflicto de intereses, entendiéndose por ello cuando un autor, evaluador o editor tienen relaciones personales o financieras que influyen de forma poco adecuada en sus acciones, y

10.4.3 Aquellos resultados que se hayan obtenido en la investigación, que sean negativos o contrarios a los esperados en un principio.

11. Vigilancia epidemiológica

11.1 Para la vigilancia epidemiológica de las adicciones, los establecimientos deben apegarse a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

11.2 El SISVEA es el órgano oficial en materia de adicciones y tiene por objeto generar información actualizada del comportamiento epidemiológico en esta materia, para su difusión en el ámbito del SNS e internacional y su utilización para los programas de prevención y protección de salud afines.

Para lo anterior, los establecimientos especializados en adicciones bajo la modalidad Residencial, No Residencial y otras modalidades ambulatorias de Organismos Gubernamentales y Organismos No Gubernamentales, deben:

11.2.1 Notificar al SISVEA, mediante el llenado de cuestionarios sobre Consumo de Drogas para cada nuevo ingreso registrado, con periodicidad mensual, y

11.2.2 Ajustarse a los procedimientos para instrumentar el SISVEA, que se describen en el Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, de la Dirección General Adjunta de Epidemiología.

12. Seguimiento y evaluación

12.1 El seguimiento de los programas y acciones que se realizan en todos los establecimientos, permitirá determinar el grado en que se obtengan los resultados esperados, y la medida en que se cumplan los objetivos para los que fueron creados.

12.2 Las acciones en materia de seguimiento y evaluación deben orientarse hacia la estructura, proceso, resultado e impacto de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, participación comunitaria, enseñanza, capacitación e investigación sobre las adicciones a sustancias psicoactivas.

12.3 Todo servicio en materia de adicciones debe reportar sus actividades al CONADIC, con una periodicidad trimestral, conforme a los procedimientos establecidos por éste.

13. Capacitación y enseñanza

13.1 Las acciones de capacitación y enseñanza deberán aplicarse tomando en cuenta la diversidad cultural de la población, para lo cual deberá realizarse bajo un enfoque intercultural, tomando en cuenta la prevalencia y los patrones de consumo, con el objeto de contar con recursos humanos, profesionales y técnicos suficientes y bien preparados para afrontar el problema, apoyar la creación de programas integrales sobre prevención, investigación, tratamiento, reducción de daños, rehabilitación y control del tabaquismo, el alcoholismo, el abuso de bebidas alcohólicas, y de la farmacodependencia, así como elevar la calidad de tales acciones y fomentar el intercambio de experiencias y conocimientos.

13.2 Las acciones en materia de capacitación deben:

13.2.1 Realizarse a través de cursos, talleres, seminarios, congresos y cualquier otro foro para investigación y difusión de conocimientos científicos,

13.2.2 Dirigirse al personal y a los profesionales de la salud que lo requieran para que efectúen actividades de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, reducción de daños e investigación sobre el consumo de sustancias psicoactivas, y

13.2.3 Orientarse a grupos y organismos de diversos sectores (familiar, educativo, laboral y comunitario) para realizar acciones preventivas.

13.3 Las acciones en materia de enseñanza deben realizarse a través de diplomados, cursos especializados, maestrías y doctorados que cuenten con valor curricular, de conformidad con las disposiciones educativas vigentes.

14. Bibliografía

14.1 Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA-CENSIDA; Manual para la Prevención del VIH/SIDA en Usuarios de Drogas Inyectadas. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA-CENSIDA, SSA; Primera reimpresión. México, 2003.

14.2 Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE); Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica (Título original: Uniform Requirements for manuscripts Submitted to Biomedical Journals-ICMJE, localizada en versión original en www.icmje.org). Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE); la traducción ha sido realizada por el Serve i de Traduccions Revisions de Textos, última actualización en febrero del 2006, última revisión de la traducción l 4 de abril del 2006, Revisada por los Doctores Joseph M Doménech Massones de la UAB (Universidad Autónoma de Barcelona), Jaime Juan Castello de la Facultad de Psicología de la UAB y Miguel Porta Serra de la Facultad de Medicina de la UAB. Barcelona, España; 2006.

http://www.metodo.uab.es/enlaces/Requisitos_de_Uniformidad_2006.pdf

14.3 Consejo Nacional contra las Adicciones, CEIJ, Hospital General de México, Hospital Gea González, IMSS, INCAN, INER, INNN e INP. Benchmarking, mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar. Serie Actualización profesional en Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA. México, D.F., 2003.

14.4 Consejo Nacional contra las Adicciones, CIJ, Caritas, DIF, IMIFAP, INEA, INEPAR, PEPCA, SEP, SSA, UNAM; "Modelos Preventivos". Serie Planeación, SSA, CONADIC. México, D.F., 2004.

14.5 Consejo Nacional contra las Adicciones; Consejo Médico para Dejar de Fumar. Su asesoría puede ayudar al paciente a abandonar la adicción al tabaco, Serie Actualización profesional en Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA. México, D.F., 2002.

14.6 Consejo Nacional contra las Adicciones; El Consumo de Drogas Inyectadas y la Epidemia del VIH/SIDA en México. Un problema de salud pública. Documento de posición. Consejo Nacional Contra las Adicciones, Centros de Integración Juvenil,

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, Dirección General de Coordinación y Desarrollo contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental, e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Serie Actualización profesional en salud. Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA. México, D.F., 2003.

14.7 Consejo Nacional contra las Adicciones; Manual para la Integración y Organización de comités municipales contra las adicciones. El trabajo del municipio hace diferencia. Serie Planeación. Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA. México, D.F., 2003.

14.8 Consejo Nacional contra las Adicciones; Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2003. Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA. México, D.F., 2003.

14.9 De León Pantoja, Gabriela; Asesor Díaz Barriga Salgado, Lino. Internamiento con Farmacodependientes, Perspectivas Actuales. Centros de Integración Juvenil CIJ A.C.; México, D.F., 1995.

14.10 Decreto 147/1985 sobre Centros, Servicios y Establecimientos de Bienestar Social. Comunidad de Madrid. Madrid, España; diciembre, 1985.

14.11 Díaz-Barriga Salgado, Lino; Guisa Cruz, Víctor Manuel; Sánchez Huesca, Ricardo. Alternativas de Rehabilitación en Salud Mental; Centros de Integración Juvenil A.C., México, D.F., 1996.

14.12 Echeverría San Vicente, Leticia; Ruiz Torres, Gabriela Mariana; Salazar Garza Martha Leticia; Tiburcio Sainz, Marcela Alejandra; Ayala Velásquez, A. Héctor E. (); Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA, UNAM, Facultad de Psicología, CONACYT; México, D.F., Primera edición, 2005.

14.13 Funciona ¿Cómo y Por qué?, Los Doce Pasos y Doce Tradiciones de Narcóticos Anónimos. Narcóticos Anónimos; México, D.F., 1997.

14.14 Goti Elena; La Comunidad Terapéutica. Editorial Nueva Visión; Buenos Aires, Argentina, 1997.

14.15 Guía de Introducción a Narcóticos Anónimos. Narcóticos Anónimos México, D.F., 1995.

14.16 Instituto Mexicano del Seguro Social; Fomento de la Salud ante las Adicciones: Expectativas. IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Comunitaria. México, D.F., 1996.

14.17 Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud; Primer informe sobre el Combate al Tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Instituto Nacional de Salud Pública, SSA, Primera edición. Cuernavaca, Morelos, 2005.

14.18 Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia; Manual de Normas y Procedimientos. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Instancia de Aprobación y Seguimiento de Programas Públicos y Privados. San José, Costa Rica, 1996.

14.19 International Labour Organization (ILO); Management of Alcohol and Drug-Related Issues in the Workplace. International Labour Office. Geneva, Suiza; 1996.

14.20 Klaus, Mäkelä, Ilkk Arminon, Kim Bloomfield e.t.; Alcoholics Anonymous as a Mutual-Help Movement. A Study in Eight Societies; The University of Wisconsin Press; Queens College, City University of New York, USA, 1996.

14.21 Las Doce Tradiciones, 40ava. reimpresión. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. México, D.F., 1989.

14.22 Liberaddictus; Modelos Preventivos. Liberaddictus. Año X, No. 75, México, D.F., octubre de 2003.

14.23 Los Tres Lineamientos (Folleto). Oficina Central de Servicios de Grupos 24 Horas de Alcohólicos Anónimos y Terapia Intensiva, A.C.; México, D.F., 1997.

14.24 Manual de Servicios de Alcohólicos Anónimos y Doce Conceptos para el Servicio Mundial, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. México, 1996.

14.25 Manual de Servicios. Oficina Central de Servicios de Grupos 24 Horas de Alcohólicos Anónimos y Terapia Intensiva, A.C., 4a. Edición, México, D.F., 1997.

14.26 Marc A. Schuckit, M.D.; Drug and Alcohol Abuse, Clinical Guide to Diagnosis and Treatment. Fifth edition, New, York, USA. 2000.

14.27 Martínez Martínez, Kalina Isela; Salazar Garza, Martha Leticia; Ruiz Torres, Gabriela Mariana; Barrientos Casarrubias, Vania; Ayala Velásquez, Héctor E. (); Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. Manual del terapeuta. Consejo Nacional contra las Adicciones, SSA, UNAM, CONACYT. Primera edición, México, D.F., 2005.

14.28 Ministerio de Desarrollo Humano, Manual de Acreditación Para Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Dependientes de Sustancias Psicotrópicas. Ministerio de Desarrollo Humano, República de Bolivia. 1997.

14.29 Mosby; Diccionario de Medicina. Editorial Océano. Madrid, España; 2001.

14.30 Narcóticos Anónimos. Narcóticos Anónimos, México, D.F., 1997.

14.31 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD); Informe Mundial sobre las Drogas; Volumen 1: Análisis. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD); Suecia e Italia Nueva York, 2004.

14.32 Organización de las Naciones Unidas; Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General de la ONU. Resolución 217 A (III) Diciembre 10 de 1948.

14.33 Organización Mundial de la Salud; Carta de Ottawa de Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza; 1986.

14.34 Organización Mundial de la Salud; Compendio de Términos de Alcohol y Sustancia Psicoactivas. OMS, 1994.

14.35 Organización Mundial de la Salud; Evaluación de Modelos de Tratamiento, su efectividad. Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, 1993.

14.36 Organización Panamericana de la Salud; Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados de la Salud (CIE-10). Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Décima revisión, reimpresión en el 2003, Washington, USA, 2003.

14.37 Reglamento para los Establecimientos de Rehabilitación de Personas Dependientes de Sustancias Psicoactivas, a través de la Modalidad Comunidad Terapéutica. Ministerio de Salud de Chile, Chile; 1995.

14.38 Resolución de la Normativa para la Creación, Ampliación y Modificación de Centros, Servicios y Establecimientos Socio-Sanitarios No. 877, 1987. Diario Oficial del Gobierno Catalán. Departamento de Sanidad y Seguridad Social Catalán. España, 1987.

14.39 Samet Jonathan M.; Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Salud Pública Mx. Instituto Nacional de Salud Pública; México, 2002; Volumen 44, Sup. 1.

14.40 Secretaría de Programación para la Prevención de la Sustancia psicoactivadicción y la Lucha contra el Narcotráfico; Documento Orientador de Normatizaciones para el Funcionamiento de las Instituciones con Prestaciones Asistenciales. República de Argentina, 1990.

14.41 Secretaría de Salud (SSA), Dirección General de Epidemiología (DGE), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INP), e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI); Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Dirección General de Epidemiología, SSA. México, D.F., 2003. Versión electrónica:

http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/ena02.pdf

14.42 Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones; Retos para la Atención del Alcoholismo en Pueblos Indígenas. Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones; SSA, México, D.F., 2004.

14.43 Souza y Machorro, Mario; Guisa Cruz, Víctor Manuel; Díaz Barriga Salgado, Lino; Sánchez Huesca, Ricardo. Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos. Centros de Integración Juvenil A.C.; México, D.F., 2001.

14.44 The American Psychiatric Association, Washington; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV TR. Presidente Allen Frances, M.D. Presidente Harold Alan, M.D. Vicepresidente Michael B. Editorial Masson, Primera edición 2002, Reimpresión 2003 en versión español publicada por la American Psychiatric Association, Washington, EEUU; 2003.

14.45 The American Psychiatric Press; DSM-IV, Tratado de Psiquiatría, Tomos I y II, Robert E. Hales; Stuart C. Yudofsky; Jonh A. Talbott; 3era. Edición, Editorial Masson, Washington, USA and London, England. 2001.

14.46 US Department of Health and Human Services (USDHHS). The Health consequences of smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

14.47 U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke; A Report of the Surgeon General Executive Summary. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. Disponible en inglés: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>

14.48 Velasco Fernández, Rafael. Alcoholismo. Visión Integral. Ed. Trillas; México, D.F. 1988.

LEGISLACION Y DOCUMENTOS NORMATIVOS

14.49 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

14.50 Convenio Marco para el Control del Tabaco, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2003, ratificado en México 2004, disponible en: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf

14.51 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

14.52 Ley General de Salud.

14.53 Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

14.54 Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

14.55 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

14.56 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

14.57 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.

14.58 Reglamento de Insumos para la Salud.

14.59 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

14.60 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

14.61 Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.

14.62 Ley General para el Control del Tabaco

14.63 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

14.64 Programa Nacional de Salud 2007-2012, Secretaría de Salud, México, 2007, disponible en:

http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

14.65 Programa de Acción: Adicciones Tabaquismo, Secretaría de Salud, México, Primera Edición, 2001, disponible en:

http://www.conadic.gob.mx/programas/tabacq_index.html

14.66 Programa de Acción: Adicciones Alcoholismo, Secretaría de Salud, México, Primera Edición, 2001, disponible en:

http://www.conadic.gob.mx/programas/alcohol_index.html

14.67 Programa de Acción: Adicciones Farmacodependencia, Secretaría de Salud, México, Primera Edición, 2001, disponible en:

http://www.conadic.gob.mx/programas/farma_index.html

14.68 Programa de Acción: Salud Mental, Secretaría de Salud, México, Primera Edición, 2001, disponible en:

http://sersame.salud.gob.mx/progaccio_sm.htm

15. Concordancia con normas internacionales

Esta Norma no concuerda con ninguna Norma Internacional

16. Observancia de la norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de su competencia.

17. Vigencia

Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Sufragio Efectivo No Reelección.

México, D.F., a 23 de junio de 2009.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización y Prevención de Enfermedades, **Mauricio Hernández Avila**.- Rúbrica.

APENDICE INFORMATIVO "A"

CEDULA DE INDICADORES PARA MEDIR DEPENDENCIA A DROGAS

Criterios para diagnosticar dependencia a sustancias adictivas: conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, que se manifiesta por tres o más síntomas en algún momento, en los 12 meses previos.

(Organización Mundial de la Salud, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1992).

Edad del sujeto_____

Anote el nombre de la droga: _____

¿Que tipo(s) de droga(s) consume? (Puede marcar más de una opción)	Mariguana	Anfetaminas	Tranquilizantes
	Disolventes o inhalables	Rohypnol	Sedantes
	Alucinógenos narcóticos)	Basuco o Pasta base	Opiáceo:
	Opio o morfina	Cristal (metanfetaminas)	Cocaína
	¿Principal droga consumida?_____		
En los últimos 12 meses:	No	0	PREGUNTA FILTRO Si la respuesta es afirmativa, continúe
	Sí	1	
¿Usó en más de cinco ocasiones: _____ para estimularse, relajarse, sentirse (nombre de la droga) Mejor o sentirse más activo o alerta?			
1a ¿Se dio cuenta de que tenía que usar más cantidad que antes de _____ para lograr el efecto deseado? (nombre de la droga)	No	0	<i>Tolerancia</i>
	Sí	1	Se califica como síntoma presente, cuando

		alguna de las respuestas es afirmativa = 1 <u>Síntoma</u> Después de la primera respuesta 1a, 1b o 1c = 1 Afirmativa, pase a la pregunta 2ª
1b ¿Notó que la misma cantidad de _____ le hacía menos efecto (nombre de la droga) Que antes?	No 0 Sí 1	
1c ¿Alguna vez se dio cuenta de que necesitaba más cantidad de _____ para _____ (nombre de la droga) lograr el mismo efecto?	No 0 Sí 1	
2a ¿Ha sentido un deseo o necesidad tan fuerte de consumir _____ (nombre de la droga) que no pudo evitar hacerlo?	No 0 Sí 1	Fuerte deseo o sensación de compulsión para tomar la sustancia Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas <u>Síntoma</u> es afirmativa = 1 2a, o 2b = 1 Después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 3a
2b ¿Ha deseado consumir _____ tan desesperadamente que no podía (nombre de la droga) pensar en nada más?	No 0 Sí 1	

3a ¿Hubo ocasiones en que quiso suspender o disminuir el consumo de _____ ? Si fue así, ¿ha sido siempre capaz de disminuir su uso por lo (nombre de la droga) menos durante un mes?	No Pase a 3b Sí Continúe Sí 0 No 1	Dificultad para controlar el consumo de Se califica como síntoma presente cuando 3a = 1 o 3b = 1
3b ¿Ha tenido periodos en los que usó _____ en mayor cantidad o por más (nombre de la droga) tiempo de lo que se proponía, o se le hizo difícil suspender el consumo antes de sentirse intoxicado?	No 0 Sí 1	
En los últimos 12 meses:		
4ª En las horas o días siguientes a suspender o disminuir el uso de _____ (nombre de la droga) ¿alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, no poder dormir, dolor de cabeza o estómago, etc.?	No 0 Sí 1	Abstinencia Se califica como síntoma presente cuando alguna de las respuestas es afirmativa = 1 <u>Síntoma</u> Después de la primera respuesta 1a, 1b o 1c = 1 Afirmativa, pase a la pregunta 5a
		Calificación: Marque con una X si el síntoma está presente

4b ¿Utilizó _____ u otra droga para evitar tener malestares como _____? (nombre de la droga) Los que se acaban de mencionar?	No 0 Sí 1	
5ª ¿Ha habido ocasiones en que dedicaba mucho tiempo a conseguir _____? (nombre de la droga)	No 0 Sí 1	<p><i>Reducción progresiva del repertorio de actividades o intereses</i></p> <p>Se califica como síntoma presente, cuando</p> <p><u>Síntoma</u></p> <p>alguna de las respuestas es afirmativa = 1</p> <p>5a, 5b y 5c =1</p> <p><i>Después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 6ª</i></p>
5b ¿Ha pasado mucho tiempo consumiendo o recuperándose de los efectos de _____? (nombre de la droga)	No 0 Sí 1	
5c ¿Ha descuidado o suspendido actividades importantes como estudios, deportes, trabajo, compartir con amigos o familiares, por conseguir o usar _____? (nombre de la droga)	No 0 Sí 1	
6a ¿Ha tenido problemas de salud, como sobredosis accidental, tos persistente, convulsiones, infecciones, hepatitis, abscesos, SIDA, problemas cardíacos u otra lesión relacionada con el uso de _____? (nombre de la droga)	No 0 Sí 1	<p><i>Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas</i></p> <p><u>Síntoma</u></p> <p>6a y 6b o 6c y 6d=1</p> <p>Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa=1</p>
6b ¿Continuó usando _____ aun después de presentar estos problemas (nombre de la droga) De salud?	No 0 Sí 1	
6c ¿Ha tenido usted problemas psicológicos o sociales asociados al uso de _____, como sentirse deprimido, extraño o perseguido, o presentar fracasos laborales o escolares, conflictos familiares, actos de violencia, accidentes, etc.? (nombre de la droga)	No 0 Sí 1	

6d ¿Continuó consumiendo _____ aun después de saber que se (nombre de la droga)	No	0
relacionaba con alguno de estos problemas?	Sí	1

Adaptación basada en la Cédula Internacional de Entrevista Diagnóstica (1997) WHO-CIDI 2.1 y en los criterios para diagnosticar dependencia de sustancias de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (1995).

APENDICE INFORMATIVO "B"

CUESTIONARIO DE FAGERSTRÖM PARA DETECTAR LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA

Examínese Ud. mismo: Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta.

1) ¿Cuántos cigarrillos fuma Ud. al día?

- 3 31 o más
- 2 21 a 30
- 1 11 a 20
- 0 Menos de 10

2) ¿Fuma Ud. más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto?

- 1 Sí
- 0 No

3) ¿Cuánto tiempo transcurre desde que Ud. despierta hasta que fuma el primer cigarrillo?

- 3 Menos de 5 min.
- 2 6 a 30 min.
- 1 31 a 60 min.
- 0 Más de 60 min.

4) ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?

- 1 El primero de la mañana
- 0 Algún otro

5) ¿Le es difícil no fumar donde ello es prohibido?

- 1 Sí
- 0 No

6) ¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en cama?

1 Sí

0 No

Conversión. 1 pipa = 3 cigarrillos

1 puro = 4-5 cigarrillos

1 puro pequeño = 3 cigarrillos

Para calificar:

Es Dependiente si tiene puntuación de 5 puntos o más.

Versión enviada por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER)

APENDICE INFORMATIVO "C"**Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol, (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test).**

Las siguientes preguntas se refieren a SU consumo de alcohol. Lea cuidadosamente las preguntas, elija la opción que más se acerque y marque la columna correspondiente con una "X". Conteste de acuerdo a lo sucedido en los últimos doce meses.

PREGUNTAS \ CALIFICACION		0	1	2	3	4
1	En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ingirió bebidas alcohólicas?	Nunca	Una vez al mes o menos	2 o 4 veces al mes	2 o 3 veces por semana	4 o más veces por semana
2	En los últimos doce meses, ¿cuántas copas tomó en un día típico de los que bebe?		1 o 2	3 o 4	5 a 9	10 o más
3	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente tomó 6 o más copas en la misma ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
4	En los últimos doce meses, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que empezó?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
5	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente dejó de hacer algo que debía hacer por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
6	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente bebió a la mañana siguiente después de beber en exceso el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
7	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
8	En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente olvidó algo de lo que pasó cuando bebió?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi diario
9	En los últimos doce meses, ¿se lastimó o alguien resultó lastimado cuando bebió?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año
10	En los últimos doce meses, ¿algún amigo, familiar o doctor se preocupó por su forma de beber o le sugirió que le bajara?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año

Calificación Total:**0 a 7 Abstemio o consumo de bajo riesgo****8 a 15 Consumo de alto riesgo****16 a 19 Consumo perjudicial****20 a 40 Probable dependencia**

Versión español: De la Fuente J.R. Kershenovich D., 1992, El alcoholismo como problema médico, UNAM. Revista de la Facultad de Medicina 35, p.p. 2, 47, 51.

Versión inglés: Babort T., De la Fuente J.R., 1989, The alcohol use disorder and identification Test WHO, Ginebra p.p. 1-24.

Proporcionado por el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) - Instituto Mexicano de Psiquiatría.
