

Prevención del consumo de alcohol, productos del tabaco y otras sustancias psicoactivas, con enfoque comunitario y de Atención Primaria de Salud

Prevention of alcohol, tobacco product and other psychoactive substance use: a community-oriented primary health care approach

Leslie Daza Cazana ¹

RESUMEN

El consumo de alcohol, productos del tabaco y otras sustancias psicoactivas constituye una de las principales causas de morbilidad evitable a nivel mundial, y en Bolivia, una problemática de creciente carga sanitaria y social. El presente artículo de actualización, dirigido al personal de Atención Primaria de Salud y estudiantes de medicina, sintetiza evidencia reciente y recomendaciones operativas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

La metodología empleada es la de una revisión narrativa; que cuantifica la magnitud del problema con datos globales y nacionales, sistematiza la terminología vigente y propone acciones específicas de prevención primaria y secundaria; reconociendo las limitaciones del primer nivel de atención, para ejecutar acciones de prevención terciaria.

La parte más amplia de este artículo, se concentra en las acciones de prevención secundaria, planteando la importancia del uso rutinario de instrumentos validados, para el tamizaje del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas. Se describen cuatro instrumentos: AUDIT-C, HSI, DAST-10 y CRAFFT, con justificación de su selección y de los puntos de corte adoptados, para la interpretación de los resultados. Asimismo, se incluye la descripción de la intervención breve, con el protocolo de las 5A y la entrevista motivacional con estrategia OARS; factibles de aplicarse en Atención Primaria de Salud.

Finalmente, se concluye que las acciones de promoción de ambientes familiares, educativos, laborales y recreativos, libres del alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, basadas en políticas públicas saludables, son complementadas con las acciones de prevención propuestas. Es por ello que, la capacitación permanente del personal de salud y la formación de estudiantes de medicina, en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es una responsabilidad de la Universidad.

Palabras clave: alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, prevención, Atención Primaria de Salud, tamizaje, intervención breve.

¹ Médico Master en Comunicación, Información y Promoción en Salud Pública. Docente titular de la Cátedra de Salud Pública I del Departamento Facultativo de Salud Pública. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia. <https://orcid.org/0000-0002-5242-8709>

Correspondencia a: ldaza1@umsa.bo

Recibido: 1 de mayo de 2026

Aceptado: 20 de mayo de 2026



ABSTRACT

The consumption of alcohol, tobacco products, and other psychoactive substances constitutes one of the main causes of preventable morbidity and mortality worldwide and, in Bolivia, a problem of growing health and social burden. This update article, aimed at Primary Health Care (PHC) personnel and medical students, synthesizes recent evidence and operational recommendations for the prevention of psychoactive substance use.

The methodology employed is that of a narrative review; it quantifies the magnitude of the problem with global and national data, systematizes current terminology, and proposes specific primary and secondary prevention actions, recognizing the limitations of the first level of care to perform tertiary prevention actions.

The largest part of this article focuses on secondary prevention actions, highlighting the importance of the routine use of validated instruments for the screening of alcohol, tobacco, and other psychoactive substance consumption. Four instruments are described: AUDIT-C, HSI, DAST-10, and CRAFFT, with justification for their selection and the adopted cut-off points for the interpretation of results. Additionally, a description of the brief intervention is included, featuring the 5As protocol and motivational interviewing with the OARS strategy, which are feasible to implement in Primary Health Care.

Finally, it is concluded that actions to promote family, educational, work, and recreational environments free of alcohol, tobacco, and other psychoactive substances, based on healthy public policies, are complemented by the proposed prevention actions. Therefore, the continuous training of healthcare personnel and the education of medical students in health promotion and disease prevention actions is a responsibility of the University.

Keywords: Alcohol, tobacco, psychoactive substances, prevention, Primary Health Care, screening, brief intervention.

I. INTRODUCCIÓN.

El consumo de sustancias psicoactivas, que es el término oficial para referirse a alcohol, productos del tabaco y otras drogas psicoactivas, sean lícitas o ilícitas, constituye un problema sanitario de magnitud global¹.

El año 2024, la Organización Mundial de la Salud estimó que el alcohol contribuye a 2,6 millones de muertes anuales por todas las causas, el tabaco a 8 millones y las demás sustancias psicoactivas a más de 600000, con predominio por opioides (75 %); aunque las muertes por sobredosis también han aumentado de manera acelerada en América del Norte, por suministro ilícito de fentanilo².

Al respecto, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) reportó en su Informe Mundial sobre las Drogas 2024 que, 292 millones de personas usaron drogas ilícitas el año 2022, lo cual representa un incremento del 20 % respecto al 2012².

En Bolivia, los datos nacionales más recientes, provienen del III Estudio de Hogares sobre Consumo de Drogas, que documentó una prevalencia de consumo, en algún momento de la vida, del 73,4 % para el alcohol, 35,7 % para el tabaco, 5,9 % para la marihuana y 1,4 % para la cocaína³. Estudios departamentales y muestras escolares en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, entre el 2021 y 2024, sugieren también, incremento en el uso de cigarrillos electrónicos y consumo excesivo episódico de alcohol, en población universitaria^{4,5}.

Por todo lo descrito, la Atención Primaria de Salud, se constituye en un pilar fundamental para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas; a partir de la identificación de sus patrones de consumo, con instrumentos de tamizaje validados, la ejecución de la intervención breve, para el abordaje de los pacientes, y la derivación oportuna en caso de identificarse dependencia a sustancias psicoactivas.

El presente artículo sintetiza esta información, con el fin de ser un documento de referencia en ésta temática, para el personal de salud y estudiantes de medicina.

II. METODOLOGÍA DE LA SELECCIÓN DE FUENTES Y SÍNTESIS.

Se realizó una revisión narrativa de la literatura. Se consultaron las bases PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO y la biblioteca digital de la OMS, OPS y UNODC, entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2026.

La estrategia de búsqueda combinó los descriptores “alcohol”, “tobacco”, “smoking”, “vaping”, “drug use disorder”, “substance use disorder”, “screening”, “brief intervention”, “motivational interviewing”, “primary health care”, “AUDIT”, “AUDIT-C”, “DAST-10”, “HSI”, “ASSIST”, “CRAFT”, “SAFER”, “MPOWER” y sus equivalentes en español, articulados con los operadores booleanos AND y OR.

Los criterios de inclusión considerados fueron: documentos normativos y técnicos de OMS, OPS, UNODC, NIDA, CDC y los Ministerios de Salud de Bolivia y de la región publicados entre 2010 y 2026; revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías de práctica clínica del mismo periodo; estudios de validación de los instrumentos seleccionados, sin restricción temporal cuando constituyen la fuente primaria del instrumento. Criterios de exclusión: literatura gris no respaldada institucionalmente y opiniones de expertos no sistematizadas.

La selección de las fuentes y la síntesis fueron realizadas por la autora y el manuscrito fue sometido a revisión por pares académicos antes de su publicación.

III. TERMINOLOGÍA TÉCNICA

Para el abordaje de la temática de este artículo, se requiere el conocimiento y uso de terminología oficial (Tabla1).

Tabla 1. Terminología técnica incluida en este artículo

| Término | Definición operativa |
|--|---|
| Sustancia psicoactiva | Cualquier sustancia que, introducida en el organismo, altera la función cerebral y produce cambios en la percepción, el estado de ánimo, la cognición o el comportamiento. Incluye alcohol, nicotina y otras drogas ilícitas ¹ . |
| Trastorno por consumo de sustancias | Consumo repetido de sustancias psicoactivas, que provoca un deterioro significativo de la salud física, mental o el funcionamiento cotidiano ⁶ . |
| Tolerancia | Necesidad de cantidades crecientes de una sustancia psicoactiva, para obtener el efecto deseado, o reducción del efecto con la dosis habitual ⁷ . |
| Síndrome de abstinencia | Conjunto de síntomas físicos y psicológicos, específicos para cada sustancia, que aparecen al interrumpir o reducir un consumo prolongado de sustancias psicoactivas ⁷ . |
| Dependencia a sustancias psicoactivas | Patrón persistente caracterizado por: dificultades para controlar el consumo de sustancias psicoactivas, prioridad creciente del consumo sobre otros intereses y dos características fisiológicas: tolerancia y abstinencia ⁷ . |
| Retorno al consumo | Reaparición del consumo en una persona en remisión. Se recomienda usar en reemplazo del término “recaída” ⁸ . |
| Categoría: alcohol | |
| Bebida alcohólica | Bebida con concentración de etanol igual o superior al 0,5 % (0,5 g de etanol/100 ml de la bebida) ⁹ . Se clasifican en fermentadas (grado alcohólico 4 – 20 %): cerveza, vino y sidra, obtenidas por acción de levaduras sobre azúcares; y destiladas (grado alcohólico 40 – 70 %): whisky, vodka, ron y tequila, obtenidas por un proceso de destilación que concentra el etanol ⁹ . Nota. La "cerveza sin alcohol" (grado alcohólico menor al 1 %), técnicamente es una bebida alcohólica ¹⁰ . |
| Bebida estándar | Bebida alcohólica que aporta aproximadamente 10 g de etanol puro ¹¹ . Equivalente a: 1 lata de cerveza (354 ml al 5%), 1 copa de vino (150 ml al 12%) o 1 trago destilado (40 ml al 40 %). Nota. Para Reino Unido la medida de una bebida estándar es 8 g, EEUU 14 g y Japón 19,75 g ¹² . |

Continuación de Tabla 1.

| Categoría: tabaco | |
|---|--|
| Productos de tabaco | Son todos los productos preparados total o parcialmente con hojas de tabaco, para ser consumidos de cualquier forma ¹³ . La OMS los clasifica en productos para fumar (cigarrillos, puros, tabaco para pipa, shisha, narguile, bidi), sin humo (tabaco para mascar, rapé seco o húmedo), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina SEAN (cigarrillos electrónicos, vapeadores o pods), y tabaco calentado ¹⁴ . Los cigarrillos, productos de tabaco de mayor consumo, tienen un diseño sumamente eficiente de suministro de la nicotina (1 - 2 mg) por cada cigarrillo fumado ¹⁴ . La nicotina es la droga que genera adicción a los productos de tabaco, en cualquiera de sus formas. |
| Fumar | Acción de estar en posesión o control de un producto de tabaco encendido ¹³ . |
| Humo de tabaco ajeno o de segunda mano | Resulta de la combinación del humo exhalado por el fumador (corriente principal) y el humo del extremo encendido del cigarrillo (corriente lateral). Es una “mezcla mortal de más de 7000 sustancias químicas, cientos de ellas muy tóxicas y más de 70 cancerígenas” ¹⁴ . |
| Humo de tercera mano | Es la combinación de gases y partículas del humo de tabaco, como la nicotina, que queda impregnado en ambientes en los que se permite fumar (cortinas, alfombras, muebles, juguetes, piel, cabello, etc.). En población infantil que convive con fumadores, se ha detectado hasta tres veces más concentración de nicotina en las manos, por la impregnación del humo de tercera mano, durante el gateo o juego en el piso ¹⁵ . |
| Tabaquismo pasivo | Exposición involuntaria, de personas no fumadoras, al humo de tabaco ajeno ¹⁶ . Cada hora de exposición equivale aproximadamente a 3 cigarrillos fumados ¹⁷ , sin haberlos encendido. |

Fuente: Elaboración propia según las citas indicadas en el texto de la tabla.

IV. EFECTOS PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

El consumo de sustancias psicoactivas produce efectos en tres dimensiones:

Personal: Efectos a nivel físico (cirrosis, enfermedades cardiovasculares, neoplasias asociadas al alcohol y tabaco, infecciones transmitidas por vía parenteral, etc.); mental (deterioro cognitivo; enfermedad psiquiátrica asociada), en fin, deterioro de la calidad de vida y mortalidad prematura^{1,2,14}.

Familiar: La familia sufre los efectos del consumo de sustancias psicoactivas, de alguno de sus miembros; por la violencia intrafamiliar que genera, deterioro de la función parental, pérdida de ingresos, etc., hasta la afectación de la salud mental, particularmente de niños y adolescentes, que conviven con padres o cuidadores que consumen sustancias psicoactivas¹⁸.

Social: El consumo de sustancias psicoactivas es causa de deserción escolar, pérdida de productividad, exclusión laboral, sobrecarga de los servicios de salud, criminalidad asociada al narcotráfico y daño a terceros

por accidentes de tránsito, entre otros. Al respecto, el año 2022, 21,5 % de las muertes por accidentes de tránsito en Bolivia, estuvieron relacionadas con el consumo de alcohol¹⁹.

El abordaje en Atención Primaria de Salud debe contemplar las tres dimensiones, para acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.

V. PREVENCIÓN PRIMARIA.

Las acciones de **prevención primaria**, consisten en la identificación y control de factores de riesgo. En esta temática, comprende acciones destinadas a evitar que las personas se inicien en el consumo de sustancias psicoactivas, o lo abandonen tempranamente, antes de que se desarrolle un trastorno por sustancias psicoactivas. Para dicho efecto, a continuación, se describen las acciones que se deben implementar.

5.1 Identificación de factores de riesgo y factores protectores.

Estas acciones parten del reconocimiento de factores protectores y factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas; para luego fortalecer los factores protectores y eliminar o controlar los factores

de riesgo, con acciones dirigidas a la población general y, en particular, a niños, niñas, adolescentes y poblaciones en situación de vulnerabilidad, por edad,

género o condición socioeconómica. La Tabla 2 sintetiza estos factores.

Tabla 2. Factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y factores protectores que lo evitan.

| Nivel | Factores de riesgo | Factores protectores |
|------------------------------------|---|--|
| Individual | Inicio temprano del consumo, impulsividad, baja autoestima, trastornos psiquiátricos no tratados (depresión, ansiedad, TDAH), antecedentes de trauma o adversidad infantil. | Habilidades sociales y emocionales, sentido de autoeficacia, proyecto de vida, conexión con redes de apoyo saludables, atención oportuna de la salud mental. |
| Familiar | Consumo de sustancias psicoactivas por padres, madres o cuidadores, permisividad familiar, comunicación deficiente, violencia intrafamiliar y ausencia de supervisión. | Buenos ejemplos de hábitos saludables, comunicación abierta, cohesión familiar y supervisión adecuada. |
| Escolar y de pares | Pares que consumen sustancias psicoactivas, rechazo escolar y baja vinculación con la institución educativa. | Pertenencia escolar, pares con hábitos saludables, actividades extracurriculares que reducen el tiempo de ocio, entornos escolares libres de tabaco y alcohol. |
| Comunitario | Alta disponibilidad y bajo precio de alcohol y productos de tabaco, publicidad permisiva; ambientes recreativos centrados en el consumo de sustancias psicoactivas e inseguridad ciudadana. | Espacios públicos saludables; cultura comunitaria de no consumo de sustancias psicoactivas, redes vecinales activas y cumplimiento de las normativas. |
| Estructural / sociopolítico | Pobreza y exclusión, desempleo, políticas públicas débiles para el control del alcohol y tabaco. | Políticas públicas saludables, acceso a educación y empleo digno y marcos normativos que se cumplen. |

Fuente: Elaboración propia según United Nations Office on Drugs and Crime. International Standards on Drug Use Prevention, 2nd updated edition. Vienna: UNODC; 2018. [citado 13 may 2026]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf

5.2. Educación para la salud y alfabetización en salud

Las intervenciones educativas más efectivas son las que se dirigen a niños, niñas y adolescentes de manera sostenida en el tiempo y antes del inicio del consumo. No con acciones meramente informativas, sino empleando metodologías activas, entrenando en habilidades sociales y para la vida, e involucrando a familias, cuidadores y maestros²⁰. Estas acciones, son al mismo tiempo, acciones de promoción de la salud.

El abordaje desde la Atención Primaria de Salud incluye el consejo anticipado sobre la importancia de no iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas, en la atención del adolescente sano y la incorporación de mensajes breves en consultas por otros motivos²¹.

5.3. Control de la oferta y demanda de sustancias psicoactivas.

El **control de la oferta** busca reducir la disponibilidad

y atractivo de las sustancias psicoactivas, con la elevación de su costo, etiquetado poco atractivo, control de promociones en eventos y control del micro tráfico.

El **control de la demanda** actúa sobre los factores que llevan a las personas a iniciar o continuar el consumo de sustancias psicoactivas; a través de acciones educativas, promoción de alternativas recreativas saludables, programas de habilidades psicosociales, entre otras²².

5.4. Abordaje especial del uso de cigarrillos electrónicos por adolescentes y jóvenes.

Los cigarrillos electrónicos, vapeadores o pods, plantean un desafío específico para la prevención primaria; porque cada vez se reportan más evidencias contundentes, acerca de los daños que producen, por exposición a metales pesados y compuestos volátiles que causan lesiones pulmonares irreversibles y el efecto compuerta, porque aumentan la probabilidad de que los

adolescentes y jóvenes se inicien en el consumo de cigarrillos²³.

Por otra parte, está su efecto potencialmente adictivo, porque la cantidad de nicotina inhalada desde un dispositivo tipo pod, de alta concentración (50 mg/ml), puede aportar nicotina equivalente a un paquete de cigarrillos, en una sola sesión de uso intensivo²⁴.

Estas características deben ser conocidas por el personal de salud, para evitar mensajes imprecisos al paciente y, sobre todo, ayudarlo a aclarar los mitos que promueven o mantienen el consumo de cigarrillos electrónicos.

5.5. Abordaje especial respecto al consumo de cannabis.

El consumo de cannabis en adolescentes y jóvenes, debe ser especialmente valorado por el personal de salud, por sus efectos sobre la maduración de la corteza prefrontal, que se completa típicamente hacia los 25 años, pero que se ve afectada por el consumo de estas sustancias psicoactivas ilícitas, si se inicia el consumo a temprana edad²⁵.

5.6. Consideraciones interculturales en el marco de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

El personal de salud que trabaja en regiones con población indígena originaria campesina, debe contar con formación intercultural para identificar los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, relacionadas a prácticas culturales propias de cada región. La política

SAFCI propone el trabajo conjunto con autoridades originarias²⁶, para prevenir especialmente la dependencia al alcohol y tabaco

VI. PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria comprende las acciones destinadas a **detectar tempranamente patrones de consumo de riesgo** de sustancias psicoactivas, mediante instrumentos de tamizaje validados, y actuar con **intervención breve** (consejo estructurado de pocos minutos), antes de que se desarrolle un trastorno por consumo de sustancias o la dependencia²⁷.

Estas acciones deben ser ejecutadas por el personal de salud en consulta regular, independientemente del motivo de consulta del paciente; dejando de lado afirmaciones como: *no tengo tiempo, no he sido formado/a para esto, los alcohólicos, fumadores y drogadictos no responden a intervenciones en atención primaria de salud*²⁸; porque contrariamente a ello, la evidencia demuestra que son acciones altamente efectivas, para la cesación o abandono del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente cuando son ejecutadas por los médicos tratantes (en comparación con otros profesionales del área de la salud)²⁹.

6.1. Identificación de los patrones de consumo de sustancias psicoactivas y la conducta recomendada en Atención primaria de salud.

Las Tablas 3, 4 y 5 los sintetizan.

Tabla 3. Patrones de consumo de alcohol (bebidas alcohólicas) y conducta en APS

| Clasificación | Descripción | Cantidad de consumo | Conducta en APS |
|-------------------------------|---|---|---|
| Abstemio | Persona que no ha consumido alcohol en los últimos 12 meses. | Ninguna | Refuerzo positivo, para mantener la decisión. |
| Consumo de bajo riesgo | Consumo con baja probabilidad de causar daños a uno mismo o a terceros. | Hasta los 20 g de alcohol puro al día en mujeres y los 40 g/día en varones, con días sin consumo. Equivalencia en bebidas estándar: Hasta 2 latas de cerveza en mujeres y 4 latas en varones | Consejo breve sobre límites y situaciones de evitación (embarazo, conducción y enfermedades de base). |

| Clasificación | Descripción | Cantidad de consumo | Conducta en APS |
|--|--|---|--|
| Consumo de riesgo | Patrón que aumenta la probabilidad de daños futuros, aún sin daño actual. Incluye cualquier consumo de bebidas alcohólicas por niños, adolescentes y mujeres embarazadas. | Supera los 20 g de alcohol puro al día en mujeres y 40 g/día en varones. Equivalencia en bebidas estándar: Mayor a 2 latas de cerveza en mujeres y 4 en varones | Aplicar el AUDIT-C; ante puntaje positivo, intervención breve con el protocolo 5A. |
| Consumo excesivo episódico (binge drinking) | Patrón de consumo mayor al anterior, por ocasión de consumo. | Supera los 40 g de alcohol puro en mujeres y 50 g en varones, por ocasión Equivalencia en bebidas estándar: 4 y 5 latas de cerveza en mujeres y varones, respectivamente, por ocasión. | Aplicar el AUDIT-C; ante puntaje positivo, intervención breve con el protocolo 5A. |
| Consumo perjudicial / nocivo | Patrón que ya ha causado daño en la salud física y mental de la persona. Si incluye daño a terceros, se denomina consumo nocivo . | Supera los 40 g de alcohol puro al día en mujeres y 60 g/día en varones. Equivalencia en bebidas estándar: Mayor a 4 latas de cerveza en mujeres y 6 latas en varones | Intervención breve estructurada. Facilitar contacto con miembros de AA Derivación si no hay avance en 2 a 3 sesiones. |
| Dependencia al alcohol | Patrón caracterizado por: dificultades para controlar el consumo de alcohol, una vez iniciado, prioridad creciente del consumo sobre otros intereses y dos características fisiológicas: tolerancia y abstinencia. | La cantidad no define este patrón, sino la forma compulsiva de beber. | Derivar a servicio especializado. Si no hay disponibilidad local, manejo del síndrome de abstinencia, si el paciente decide la cesación del consumo. |

Fuente. Elaborado según Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía de práctica clínica nacional sobre intervención breve para reducir el consumo de alcohol [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2023 [citado 17 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/gpc-alcohol-breve.pdf>

Tabla 4. Patrones de consumo de productos de tabaco y conducta en APS

| Clasificación | Descripción | Conducta en APS |
|--------------------------|---|--|
| No fumador | Nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en su vida. | Refuerzo positivo para mantener la decisión. Consejo breve preventivo en adolescentes, para no iniciarse en el consumo de cigarrillos u otros productos de tabaco. |
| Ex fumador | Fumó más de 100 cigarrillos en su vida, pero lleva más de 12 meses sin fumar. | Refuerzo positivo para mantener la decisión. Vigilancia de factores de riesgo que motiven el retorno al consumo. |
| Fumador ocasional | Fuma menos de un cigarrillo diario en promedio. | Consejo breve. Aplicar el HSI y evaluar dependencia (ver más adelante). |

| Clasificación | Descripción | Conducta en APS |
|--|--|--|
| Fumador diario | Fuma uno o más cigarrillos diarios. | Aplicar el HSI y evaluar dependencia (ver más adelante). Ofrecer intervención breve. Derivación si no hay respuesta en 2 a 3 sesiones. |
| Usuario de algún Sistema de Administración de Nicotina (SEAN) | Persona que usa de forma regular o experimental cigarrillos electrónicos, vapeadores o pods. | Anamnesis específica (dispositivo, concentración, frecuencia). Mensaje claro: estos productos no son alternativas seguras al cigarrillo. Consejo breve motivando la cesación o abandono. |

Fuente: Elaborado según Ministerio de Salud Pública Uruguay. Manual nacional de abordaje del tabaquismo en el primer nivel de atención [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2010. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20Nacional%20para%20el%20Abordaje%20del%20Tabaquismo.pdf> y World Health Organization. Electronic nicotine delivery systems: report of WHO. Geneva: WHO; 2024. [citado 15 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WPR-2025-DSI-001>

Tabla 5. Patrones de consumo de otras sustancias psicoactivas ilícitas

| Clasificación | Descripción | Conducta en APS |
|-----------------------------------|---|--|
| Sin consumo | No reporta consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en los últimos 12 meses. | Refuerzo positivo para mantener decisión Consejo breve preventivo en adolescentes. |
| Consumo experimental | No tiene un patrón habitual, porque suele ser motivado por la curiosidad. En algunos casos, luego de experimentar los efectos, la persona decide no consumir nuevamente la droga. | Averiguar el contexto o factores de riesgo (curiosidad, presión de pares, etc.). Consejo breve. |
| Consumo ocasional o social | Uso de sustancias psicoactivas ilícitas en situaciones específicas (fiestas u otras reuniones sociales). No tiene frecuencia regular, porque generalmente se da por una invitación, más que por iniciativa propia. | Aplicar el DAST-10 o CRAFFT (ver más adelante). Consejo breve sobre riesgos. Derivar casos de sobredosis, mezclas e implicaciones legales. |
| Consumo problemático | Es el uso frecuente de la sustancia psicoactiva ilícita , con daños evidentes en el usuario a nivel físico y mental; así como social (vínculos, estudio y trabajo). A pesar de ello, no se identifican más de dos criterios de dependencia. | Aplicar el DAST-10 y derivar si el puntaje es mayor a 6 Intervención breve Facilitar contacto con miembros de NA |
| Policonsumo | Consumo de varias sustancias psicoactivas a la vez, con alta probabilidad de generar dependencia. | Aplicar el DAST-10 y derivar si el puntaje es mayor a 6 Intervención breve |

Fuente: Elaborado según Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España 2022. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-INFORME.pdf>

Las sustancias psicoactivas ilícitas se clasifican según su tipo, es decir, de acuerdo a su efecto a nivel del sistema nervioso central. En este caso, se identifican 3 tipos: depresoras, estimulantes y alucinógenas³².

Depresoras. Deprimen o desaceleran el funcionamiento del sistema nervioso, causando desinhibición, euforia breve, pérdida del equilibrio, desorientación, confusión, náuseas y vómitos,

hipotermia, hipotonía, hipoglucemia, bradicardia e hipotensión. Ej. alcohol, inhalables (clefa), opiáceos naturales (morfina, heroína, codeína), opiáceos sintéticos como el fentanilo (analgésico para tratar dolores intensos), tranquilizantes e hipnóticos.

Su consumo genera daño neurológico permanente y muerte por depresión respiratoria.

Estimulantes. Aceleran el funcionamiento del sistema nervioso central, causando euforia intensa, aumento energía y supresión del apetito. Ej. nicotina, cocaína, pasta base (subproducto de la cocaína), anfetaminas y antidepressivos.

Su consumo genera dependencia severa, deterioro cognitivo, psicosis y muerte por infarto cardíaco.

Alucinógenas. Alteran la percepción de la realidad y tiempo, causando euforia, aumento de energía, aumento de la percepción de colores y sonidos; con posterior relajación, aumento del sueño y estado depresivo. Ej. cannabis (marihuana), LSD (dietilamida de ácido lisérgico), éxtasis, psilosibina (hongos alucinógenos) y mezcalina (peyote).

Su consumo genera neurotoxicidad, psicosis, deterioro de la memoria y tolerancia cruzada con otros alucinógenos.

6.2. Instrumentos de tamizaje para ser aplicados en Atención Primaria de salud.

En el primer nivel de atención, que se caracteriza por alta demanda de pacientes, se requiere instrumentos de tamizaje prácticos.

La OMS desarrolló un instrumento denominado ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) como “gold standard” (test de máxima fiabilidad de tamizaje), porque integra las tres categorías de sustancias psicoactivas. Sin embargo, se aplica en 5 a 10 minutos y requiere un proceso previo de capacitación del personal de salud³³.

Para fines de esta actualización, los instrumentos seleccionados, que se sugieren aplicar en APS, responden a cuatro criterios:

- Brevedad (menor a 5 minutos de aplicación)
- Validación demostrada en español
- Sensibilidad apropiada para la detección temprana.
- Factibilidad de aplicación en el primer nivel de atención.

Estos instrumentos son el AUDIT-C (alcohol), HSI (tabaco), DAST-10 y CRAFFT (específicas para otras sustancias psicoactivas y adolescentes).

Antes de su descripción, hay que remarcar que la aplicación de cualquier instrumento de tamizaje debe realizarse con una actitud respetuosa (sin tutear), libre de prejuicios y usando toda la información brindada, con absoluta confidencialidad, a menos que se evidencie un riesgo real, que requiera ser derivado a las instancias correspondientes.

Para iniciar con su aplicación, se recomienda utilizar el siguiente guion:

- *Ahora le voy a realizar preguntas de rutina, sobre el consumo de algunas sustancias en el último año. Estas preguntas no tienen la finalidad de juzgarlo/a, y usted puede responder con confianza, porque la información que me brinde será conservada con absoluta confidencialidad y solo compartida con profesionales que pueden apoyar en mejorar su salud.*
- *Iniciemos: ¿Ha consumido bebidas alcohólicas, algún producto de tabaco o sustancias como marihuana, cocaína y otras similares en el último año? ¿cuál o cuáles?*
- *¿Está de acuerdo en que le realicé preguntas más específicas sobre la(s) sustancia(s) psicoactiva(s) que consume actualmente?*

Si la respuesta es afirmativa, se procede con la aplicación del instrumento específico para cada sustancia psicoactiva, tomando en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Lea las preguntas tal como están escritas. No interprete o cambie palabras.
- Encierre en un círculo, el número que corresponda a la respuesta espontánea de la persona, sin dirigir la respuesta.
- Sume los puntajes encerrados en un círculo y registre el puntaje total en el casillero asignado.
- Clasifique a la persona, de acuerdo a los criterios de éste instrumento.
- Comunique al paciente la clasificación en la que resultó, de acuerdo a sus respuestas.
- Proceda con la conducta recomendada en las Tablas 4, 5 y 6.

En caso de rechazo, se explica la importancia de obtener más información, para brindar la ayuda específica.

AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption (Test de identificación de los trastornos debido al uso de alcohol – Consumo)

Este test es la versión breve del AUDIT desarrollado por la OMS, porque solo incluye 3 preguntas de las 10

preguntas incluidas en la versión original.

Estas preguntas están relacionadas a la frecuencia de consumo, cantidad habitual y episodios de consumo excesivo (binge drinking),

Se aplica en **mayores de 18 años**, sin límite superior de edad.

AUDIT-C

| PREGUNTAS | RESPUESTAS | PUNTOS |
|--|--|---------------|
| ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? | Nunca (concluya la aplicación del instrumento) | 0 |
| | 1 o menos de una vez al mes | 1 |
| | 2 a 4 veces al mes | 2 |
| | 2 a 3 veces a la semana | 3 |
| | 4 o más veces a la semana | 4 |
| ¿Cuántos tragos de alcohol* suele consumir en un día de consumo normal? | 1 o 2 | 0 |
| | 3 o 4 | 1 |
| | 5 o 6 | 2 |
| | 7 a 9 | 3 |
| | 10 o más | 4 |
| ¿Con qué frecuencia toma 6 o más tragos en un solo día? | Nunca | 0 |
| | Menos de una vez al mes | 1 |
| | Mensualmente | 2 |
| | Semanalmente | 3 |
| | Diariamente o casi diariamente | 4 |
| PUNTAJE TOTAL | | |

***Explicar que un trago o bebida estándar equivale a 1 lata de cerveza, 1 copa de vino o 1 trago de bebida destilada.**

Fuente: Babor T., Higgins J., et.al. AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. [Internet]. Ginebra Suiza: OMS; 2001 [citado 17 Abr 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/AUDIT_spa.pdf

Interpretación³⁴

Varones: Mayor a 5 puntos: Consumo de riesgo

Mujeres: Mayor a 4 puntos: Consumo de riesgo

El puntaje menor en mujeres, obedece a que los efectos del consumo de alcohol en ellas son mayores que un varón. Esto debido a que su cuerpo es más pequeño y la concentración de agua corporal es menor³¹, lo que hace su consumo sea de riesgo, si supera los 4 puntos es esta evaluación.

Cuando el puntaje final supera los 5 puntos en varones y 4 en mujeres, se recomienda aplicar el AUDIT de 10 ítems, para confirmar si se trata de consumo perjudicial o dependencia al alcohol³⁵.

HSI: Heaviness of Smoking Index (Índice de gravedad del hábito de fumar)

El HSI es un instrumento breve de solo dos preguntas, derivado del Test de Fagerström, que evalúa la dependencia física a la nicotina del tabaco con seis preguntas.

Se aplica a personas de **12 a 20 años**.

HSI

| PREGUNTAS | RESPUESTAS | PUNTOS |
|---|--------------------------------|--------|
| El tiempo que transcurre entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo es... | Mayor a 60 minutos | 0 |
| | 31 – 60 minutos | 1 |
| | 6 – 30 minutos | 2 |
| | Menor o igual a 5 minutos | 3 |
| ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? | Menor o igual a 10 cigarrillos | 0 |
| | 11 – 20 cigarrillos | 1 |
| | 21 – 30 cigarrillos | 2 |
| | 31 o más cigarrillos | 3 |
| PUNTAJE TOTAL | | |

Fuente: Elaborado según Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. [Internet] 2ª edición. Barcelona; 2009. [citado 17 Abr 2026]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/C606A393-124F-4187-814C-7B4B47D01484/190469/GuiattotabaquismoDEFactivoypasivo.pdf>

Interpretación³⁶

0 – 1 Dependencia muy baja / 2 – 3 Dependencia baja / 4 Dependencia moderada / 5 – 6 Dependencia alta

DAST-10: Drug Abuse Screening Test (Test de detección del abuso de drogas)

El DAST-10 es un instrumento diseñado para ser auto administrado o aplicado en APS. Consta de 10 ítems dicotómicos (Sí/No), con el fin de evaluar el consumo

de sustancias psicoactivas, diferentes al alcohol y el tabaco, en los últimos 12 meses. Fue desarrollado por Skinner (1982) y validado en español en múltiples poblaciones^{37,38}.

Se aplica desde los 12 años hasta adultos.

DAST-10

| PREGUNTAS | RESPUESTAS | PUNTOS |
|---|------------|--------|
| ¿Ha usado drogas distintas de las requeridas por razones médicas? | No | 0 |
| | Si | 1 |
| ¿Abusa de más de una droga a la vez? | No | 0 |
| | Si | 1 |
| ¿Puede dejar de consumir drogas cuando quiera? | No | 1* |
| | Si | 0 |
| ¿Ha experimentado pérdida temporal de la memoria (lagunas) o alucinaciones por uso de drogas? | No | 0 |
| | Si | 1 |
| ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por usar drogas? | No | 0 |
| | Si | 1 |
| ¿Su pareja (o sus padres) se quejaron alguna vez de su uso de drogas? | No | 0 |
| | Si | 1 |
| ¿Ha descuidado a su familia debido al uso de drogas? | No | 0 |
| | Si | 1 |
| ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas? | No | 0 |
| | Si | 1 |
| ¿Ha experimentado síntomas de abstinencia cuando dejó de usar drogas? | No | 0 |
| | Si | 1 |
| ¿Ha tenido problemas médicos por el uso de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)? | No | 0 |
| | Si | 1 |
| PUNTAJE TOTAL | | |

* Se puntúa de manera inversa, porque la incapacidad para detener el consumo voluntario es indicio de problema³⁷.

Fuente: Elaborado según National Institute on Drug Abuse. NIDAMED Tools for medical professionals. Bethesda (MD): NIDA; 2024.

Interpretación y conducta a seguir^{37,38}

- 1 – 2** Nivel bajo de consumo de drogas - Monitorear y reevaluar en una siguiente consulta.
3 – 5 Nivel moderado de consumo problemático - Evaluación más detallada e intervención breve
6 – 8 Nivel sustancial de consumo problemático - Derivar a centro especializado
9 – 10 Nivel severo – Dependencia grave - Derivar a centro especializado para tratamiento específico.

CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble)psicoactivas en adolescentes, desde los 12 a 21 años⁴⁰.

Consta de 6 ítems que corresponden al nemotécnico CRAFFT

Es un instrumento de tamizaje, que se considera más específico para evaluar el consumo de sustancias

CRAFFT

| Letra | PREGUNTAS | RESPUESTAS | PUNTOS |
|----------|---|------------|--------|
| C | ¿Has viajado en un Carro conducido por alguien (o por ti mismo/a) que había consumido alcohol o drogas? | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| R | ¿Usas alcohol o drogas para Relajarte, sentirte mejor contigo mismo/a o encajar? | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| A | ¿Usas alcohol o drogas cuando estás Alone (a solas)? | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| F | ¿Olvidas (Forgets) cosas que has hecho mientras consumías alcohol o drogas? | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| F | ¿Tu Familia o Friends te dicen que deberías reducir tu consumo? | No | 0 |
| | | Si | 1 |
| T | ¿Te has metido en problemas (Trouble) por consumir alcohol o drogas? | No | 0 |
| | | Si | 1 |

Fuente: Elaborado según Canadian Research Initiative in Substance Misuse. Canadian Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder. October 2023. Disponible en: https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2023/10/Canadian-AUD-guidelines_ENG.pdf

Interpretación y conducta a seguir⁴⁰

Igual o mayor a 2 puntos: Consumo problemático de sustancias psicoactivas. Se requiere derivación.

6.3 Intervención breve con el protocolo de las 5A integrado con la entrevista motivacional.

La intervención breve es un consejo estructurado de 3 a 15 minutos, que ha demostrado costo efectividad para promover la reducción progresiva del consumo o la cesación (abandono del consumo de la sustancia psicoactiva)²⁷.

Incluye al protocolo de las 5A (Figura 1) y la entrevista motivacional²⁷ (Figura 2), con la estrategia OARS⁴².

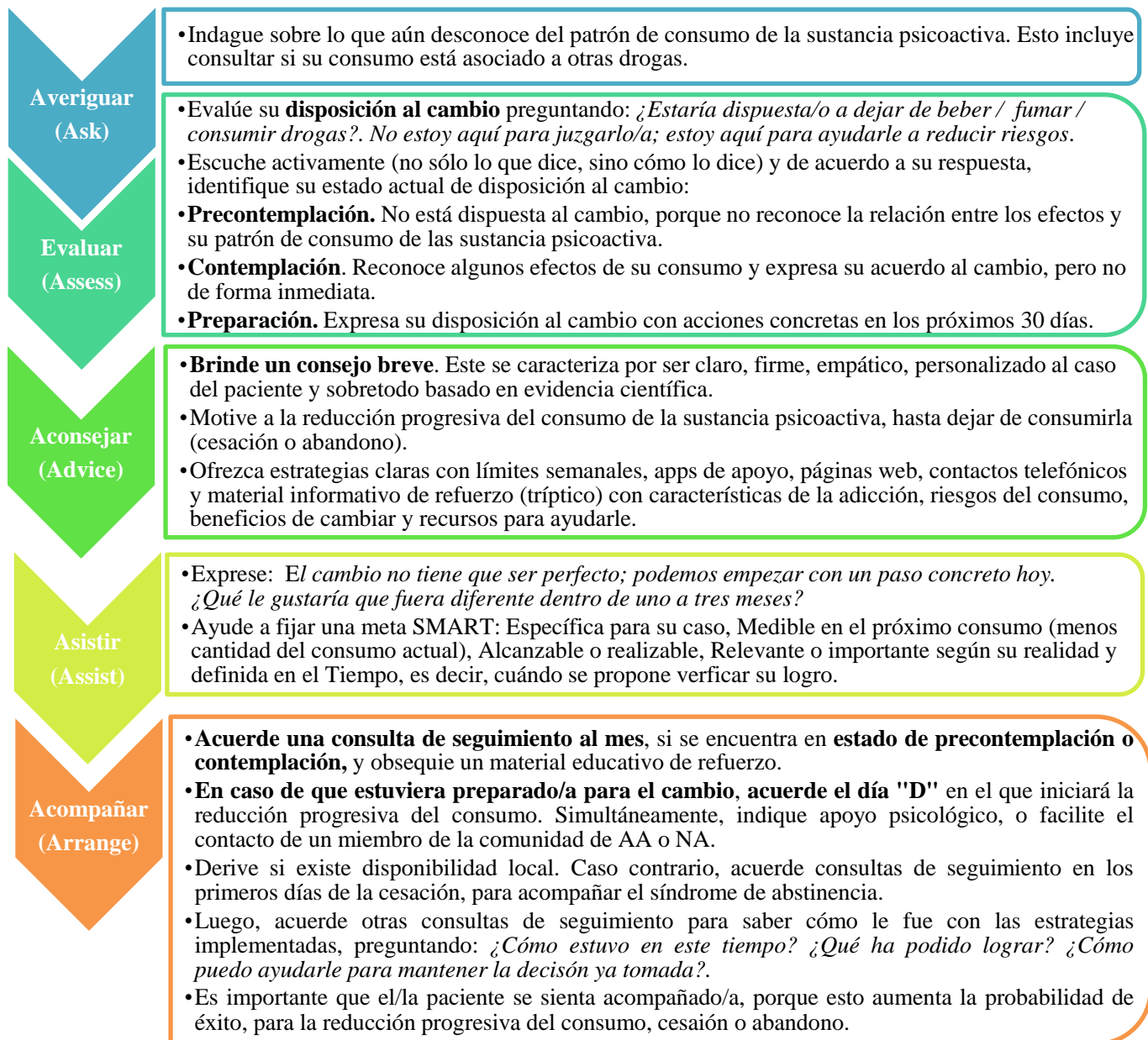
Para su ejecución, se requiere que el personal de atención primaria de salud cumpla con las siguientes condiciones previas:

- Liberarse del estigma asociado al consumo de cualquier sustancia psicoactiva, lícita o ilícita,

evitando palabras negativas o denigrantes. Esto se logra con simples cambios en el lenguaje⁴³.

- Partir de la premisa que las personas con comportamientos no saludables, no carecen de motivación para cambiar su comportamiento, sino que, se encuentran en conflicto, respecto a su auto concepto, valores u objetivos de vida, y sus razones “subjetivamente válidas” que les impiden el cambio de comportamiento deseado. Por tanto, las recomendaciones médicas pueden ser tomadas como ataques a su libertad de elección, si no se centran en su realidad actual.
- Una actitud de aceptación y empatía hacia las necesidades, puntos de vista del paciente y sobre todo a las decisiones finales que tome al respecto.
- Haber desarrollado las habilidades para formular preguntas abiertas, escuchar activamente y brindar consejos breves basados en evidencia científica⁴².

Figura 1. Protocolo de las 5A (Ask/Assess/Advise/Assist/Arrange)²⁷



Fuente: Elaboración propia, según Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía de práctica clínica nacional sobre intervención breve para reducir el consumo de alcohol [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2023 [citado 17 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/gpc-alcohol-breve.pdf>

La **entrevista motivacional** es una acción de comunicación centrada en la persona, con el objetivo de “aumentar la motivación personal y el compromiso con el cambio de comportamiento deseado, felicitando e intensificando las propias razones de la persona para el cambio; en un ambiente de aceptación y empatía”⁴²; promoviendo una relación de confianza.

Se aplica en aquellas personas cuya disposición al cambio está en etapa de pre contemplación, o contemplación, “a través del refuerzo selectivo de las afirmaciones hechas por los propios pacientes, sobre posibles cambios en su comportamiento”, evocando así un “lenguaje de cambio”⁴². Para cumplir con todo esto, se sugiere aplicar la estrategia OARS.

Figura 2. Entrevista motivacional con la estrategia OARS⁴²

O: Open-ended questions (preguntas abiertas).

Son útiles para animar a los paciente a afrontar su comportamiento problemático, con preguntas relacionadas a sus razones, deseos, habilidades y necesidades.

- *¿Cómo describiría su consumo en una semana típica?*
- *¿Qué cosas buenas y qué cosas malas le trae consumir bebidas alcohólicas /fumar/consumir drogas?*
- *¿Qué le preocupa de su forma de consumo de alcohol/tabaco/de drogas?*

A: Affirmations (afirmaciones).

Se plantean luego de una acción de escucha activa, para identificar sus preocupaciones o deseos y reconocers sus logros o recursos.

- *Me indica que intentó reducir antes su consumo de....; eso muestra que le importa su salud.*
- *Le peocupa que su tos se deba a su forma de fumar*
- *Entiendo que tiene un entorno dispuesto a apoyarle*

R: Reflective listening (escucha reflexiva).

Se sugiere plantear dos reflexiones por cada pregunta abierta formulada

- *Por un lado siente que su consumo de le calma la....., y por otro le preocupa que*
- *Sin duda, está pasando por un momento difícil en este momento*
- *Comprendo perfectamente que le preocupe la estigmatización que ejerce el entorno social*

S: Summaries (resúmenes).

Sirven para consolidar el plan de acción, en una sola frase que el paciente pueda repetir

Para ello, hay que motivar al paciente a declarar un Compromiso, plantear una Acción específica y finalmente dar el primer paso para Tomar acción (CAT), haciendo énfasis en su autonomía absoluta

- *Sólo usted puede decidir si desea hacer algún cambio al respecto*
- *Vamos a empezar con un cambio pequeño esta semana que consistirá en...*
- *Este cambio reducirá la cantidad de dinero que gasta en comprar..... y le permitirá*

Fuente: Elaborado según Bischof G, Bischof A, Rumpf HJ. Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. Dtsch Arztebl Int. 2021 Feb 19;118(7):109-115. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0014. PMID: 33835006; PMCID: PMC8200683. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8200683/>

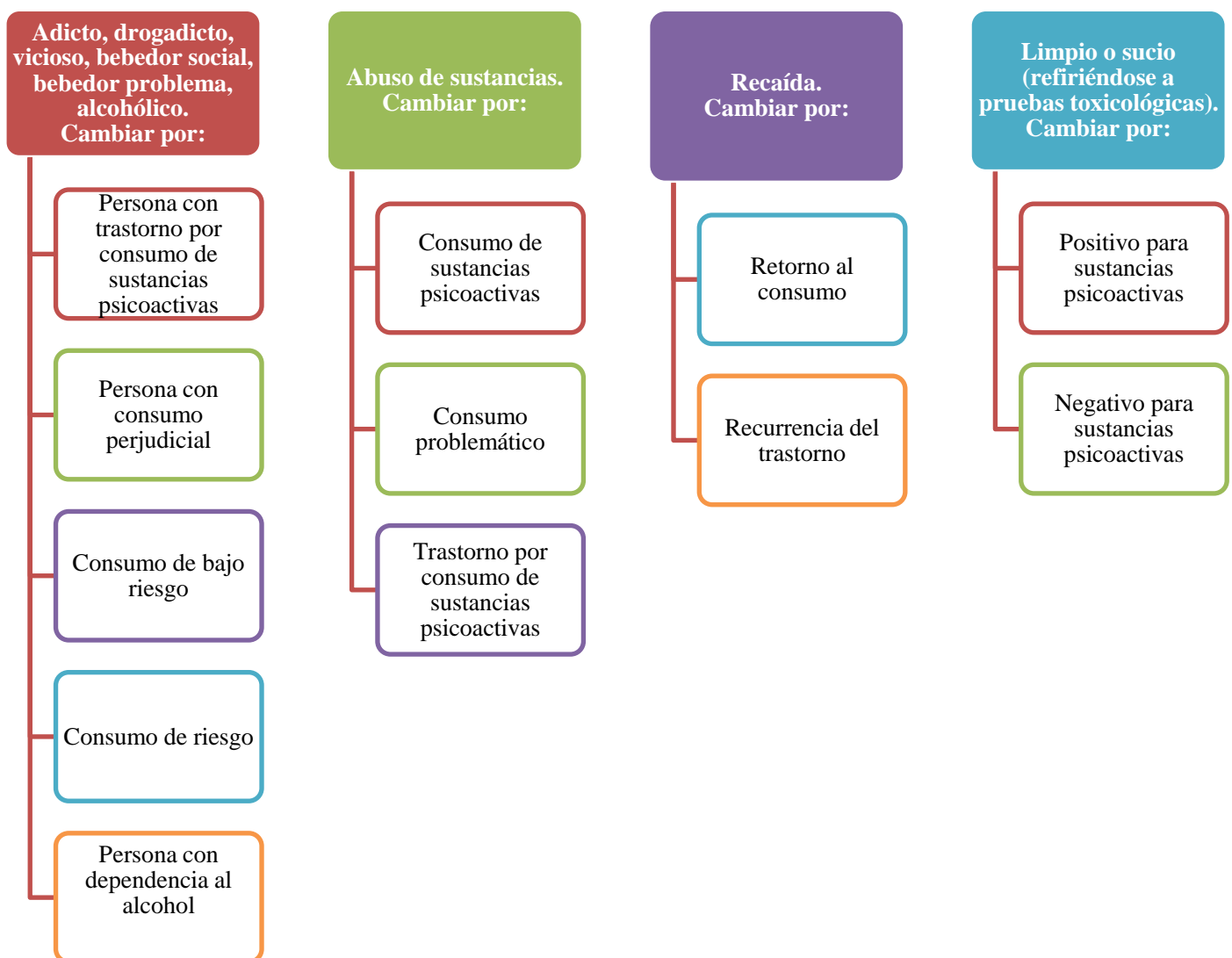
Si a pesar del esfuerzo, el/la paciente no se siente preparado/a para iniciar el cambio, se acuerda una siguiente consulta. Se puede argumentar, que es para evaluar su motivo de consulta (Ej. tos, pérdida de la memoria, estado ansioso, estado depresivo u otro).

6.4 Lenguaje recomendado para la intervención breve (protocolo de las 5A y entrevista motivacional)⁴⁴.

El lenguaje que utiliza el personal de salud puede tener efecto placebo o nocebo. Es por ello que se recomienda, prestar especial cuidado a los términos que utiliza durante la atención médica, o con el equipo de trabajo, para referirse a personas que consumen sustancias psicoactivas.

La Figura 3 resume los términos que se recomiendan no utilizar y los términos adecuados en reemplazo.

Figura 3. Lenguaje recomendado para la intervención breve⁴⁴



Fuente: Elaborado según National Institute on Drug Abuse. Words Matter — Terms to use and avoid when talking about addiction. Bethesda (MD): NIDA; 2021. [citado 12 Abr 2026]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/research-topics/addiction-science/words-matter>

VII. PREVENCIÓN TERCIARIA

La prevención terciaria comprende las acciones destinadas a reducir el daño cuando ya se ha desarrollado un trastorno por consumo de sustancias. Estas acciones pueden consistir en: tratamiento del trastorno, manejo de enfermedades asociadas, reducción de daños y rehabilitación psicosocial.

El rol del personal de salud, que brinda APS, no es tratar los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, ni mucho menos la dependencia; sino articular la derivación, acompañar el proceso y mantener la continuidad longitudinal del cuidado.

VIII. GRUPOS DE APOYO COMUNITARIO: ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA) Y NARCÓTICOS ANÓNIMOS (NA)^{45,46}

Los grupos de apoyo comunitario AA y NA complementan el tratamiento profesional con apoyo entre pares. Su programa de 12 pasos incluye acciones accesibles y sin costo.

Este apoyo, ha mostrado efectividad, comparable o superior a otras intervenciones, para mantener la abstinencia del alcohol a 12 y 24 meses⁴⁷.

El personal de APS debe conocer esta alternativa, para presentarla al paciente y respetar su elección, sin imponer una vía única.

IX. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES

A nivel mundial, desde la OMS, se ha impulsado a los países a implementar políticas públicas saludables, con el fin de reducir los costos sanitarios, sociales, ambientales y económicos del consumo de alcohol, productos de tabaco y otras sustancias psicoactivas ilícitas.

Si bien, se reconocen avances significativos, en los países que implementaron con seriedad las acciones planteadas, aún hay mucho por hacer.

A continuación, se presentan las intervenciones más costo efectivas, según la evidencia generada en muchos países.

9.1 Estrategia SAFER (Strengthen / Advance / Facilitate / Enforce / Raise)⁴⁸

La estrategia SAFER de la OMS tiene como objetivo la reducción del consumo nocivo de alcohol, mediante cinco intervenciones de alto impacto: Reforzar las restricciones de venta sólo a mayores de edad, Avanzar en medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol, Facilitar el acceso a tamizaje, intervención breve y tratamiento oportuno, Hacer cumplir prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del alcohol; y Aumentar los precios del alcohol, mediante el incremento de impuestos (para la OMS ésta es la medida más costo efectiva).

Informes de la OMS entre el 2021 y 2025 muestran reducciones del 10 al 20% en el consumo per cápita de alcohol, en México y Brasil respectivamente⁴⁸, con la implementación estricta de esta estrategia.

El Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022 - 2030 de la OMS, amplía las intervenciones SAFER, con advertencias sanitarias en el etiquetado de las bebidas, monitoreo y vigilancia del consumo, y la protección de las políticas públicas saludables, frente a la interferencia de la industria que produce bebidas alcohólicas⁴⁹.

9.2 Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS y MPOWER (Monitor / Protect / Offer / Warn / Enforce / Raise)⁵⁰

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) establece las bases jurídicas internacionales para la reducción del consumo de productos de tabaco⁵⁰.

MPOWER es el paquete operativo del CMCT, que plantea seis medidas para reducir la oferta y demanda de los productos de tabaco, con las siguientes acciones: Monitoreando el consumo, Protegiendo a las personas del humo de tabaco ajeno, Ofreciendo ayuda para dejar de fumar, Advirtiendo sobre los peligros del tabaco, Haciendo cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y Aumentando los impuestos a los productos de tabaco⁵¹.

El año 2023 se reportó la reducción del 5 – 15 % de la prevalencia de tabaquismo, en países que implementaron integralmente el paquete MPOWER, en las Américas⁵¹.

9.3 Marco legal boliviano

En Bolivia, la Ley N° 259, de control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas⁵², Ley N° 1280, de prevención y control al consumo de los productos de tabaco¹³ y la Ley N° 913, de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas⁵⁴, establecen las acciones que se deben implementar como eje de su política de prevención y promoción de ambientes familiares, laborales y recreativos libres del alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.

El personal que brinda APS debe conocer las disposiciones principales de este marco legal, para informar a pacientes y comunidades; así como para articularse con autoridades competentes (policía, autoridades originarias, defensorías, etc.), en los casos que corresponda.

X. PROMOCIÓN DE AMBIENTES FAMILIARES, EDUCATIVOS, LABORALES Y RECREATIVOS LIBRES DEL ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

En el contexto de la promoción de la salud, los ambientes familiares, educativos, laborales y recreativos libres del alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, son todos aquellos **espacios en los que no se permite consumir bebidas alcohólicas, productos de tabaco y otras sustancias psicoactivas, bajo ninguna circunstancia y sin excepciones.**

Estos espacios permiten que abstemios, no fumadores y en general, todas las personas que decidieron no consumir sustancias psicoactivas, disfruten de estos espacios, y lo más importante, se mantengan saludables. Lo contrario, puede causarles enfermedades, como sucede con fumadores pasivos, especialmente niños y niñas, por la exposición al humo de tabaco ajeno y humo de tercera mano; o por consumo accidental de bebidas alcohólicas u otras sustancias psicoactivas, disponibles en su entorno.

La promoción de estos espacios parte del **ámbito personal**, con acciones educativas destinadas a fortalecer habilidades para la vida, que permitan tomar decisiones responsables, resolver problemas adecuadamente, mantener relaciones saludables y manejar emociones de manera positiva. Evitando de esta manera, conductas de riesgo, como el consumo de sustancias psicoactivas.

Para lograr estos objetivos, se pueden diseñar acciones de promoción de la salud que brinden las herramientas necesarias para⁵⁴:

- Resistir la presión social.
- Fortalecer la autoestima.
- Favorecer el autocuidado.
- Utilizar estrategias saludables para el manejo del estrés
- Promover un ritmo de sueño saludable
- Reducir conductas impulsivas.
- Mejorar la convivencia social y resolver conflictos.

En el **ámbito familiar**, las acciones implementadas por padres de familia y cuidadores, son fundamentales para promover ambientes familiares saludables. Los grupos de Familia y amigos AL-ANON⁵⁵, también contribuyen a mejorar la convivencia familiar y afrontar mejor los conflictos relacionados con el consumo de alcohol; a partir de la ayuda que brindan a los/las afectados/as por el alcoholismo de un familiar o amigo.

En el **ámbito educativo y laboral**, la promoción de la actividad física, comunicación asertiva, manejo del estrés y un clima organizacional positivo son elementos clave. Los entornos educativos y laborales saludables, reducen los incidentes relacionados con sustancias psicoactivas⁵⁶.

En el **ámbito comunitario**, las acciones de promoción de la salud implican involucrar a las personas de una comunidad, en la identificación de problemas, toma de decisiones, planificación, ejecución y evaluación de acciones destinadas a mejorar su salud y calidad de vida. De esta manera, la promoción de la salud reconoce a la comunidad no solo como receptora de información, sino como protagonista del cambio social necesario, para ejecutar soluciones adaptadas a su contexto.

Para que esto suceda, las acciones de promoción de la salud deben⁵⁷:

- **Ser inclusivas:** todas las personas deben tener oportunidad de participar sin discriminación.
- **Promover corresponsabilidad:** la comunidad comparte responsabilidades en la solución de los problemas identificados.
- **Promover redes y acciones colectivas para el bienestar común,** con escuelas para padres, comités de salud, brigadas juveniles, etc.

Este tipo de acciones también permite a la comunidad, establecer sus normas saludables.

Finalmente, toda acción de promoción de la salud, independientemente donde se ejecute, debe ser sometida a una evaluación permanente, que permita identificar⁵⁷:

- Cumplimiento de objetivos.
- Cambios logrados (fortalecimiento de habilidades para la vida, reducción del consumo de sustancias psicoactivas, disminución de conductas de riesgo, fortalecimiento de ambientes saludables, etc.)
- Aspectos a mejorar.
- Impacto de la intervención implementada.

En otras palabras, la calidad del proceso implementado.

XI. CONCLUSIONES.

Las acciones de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas ilícitas; ejecutadas en Atención Primaria de Salud, de forma rutinaria, pueden reducir el impacto personal, familiar y social de las adicciones en la comunidad.

La promoción de ambientes familiares, educativos, laborales y recreativos libres del alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, en el marco de políticas públicas saludables, son complementadas por las acciones de prevención.

La capacitación permanente del personal de salud y la

formación de estudiantes de medicina, para el desarrollo de habilidades que les permitan implementar acciones de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas; es una tarea que la Universidad debe asumir, por compromiso social.

XII. LIMITACIONES DE ESTE ARTÍCULO DE ACTUALIZACIÓN

El documento presentado es una revisión narrativa, no sistemática, lo que implica que la selección de fuentes y síntesis realizada, refleja el juicio de la autora y puede no haber agotado toda la literatura disponible.

Finalmente, este artículo se centra en acciones de Salud pública, aplicables al primer nivel de atención y no incluye el manejo especializado de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas; para el cual existen guías de práctica clínica específicas.

XIII. CONFLICTOS DE INTERÉS Y FINANCIAMIENTO

La autora declara no tener conflictos de interés, porque el presente artículo no contó con financiamiento externo y fue elaborado en el marco de las funciones académicas de la autora, en el Departamento Facultativo de Salud Pública de la Universidad Mayor de San Andrés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global alcohol action plan 2022–2030: first draft [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 10 Abr 2026]. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action-plan-first-draft-es.pdf>
2. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe Mundial sobre las Drogas 2025. Viena: UNODC; 2025. [citado 10 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html>
3. Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID). III Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos 2018. La Paz: Ministerio de Gobierno; 2018. [citado 10 Abr 2026]. Disponible en: https://obsco.mingobierno.gob.bo/sites/default/files/2025-11/3er-estudio-consumo-drogas-hogares-2018_0.pdf
4. Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas. Reporte sobre consumo de cigarrillos electrónicos en estudiantes urbanos. La Paz: OBSCD; 2023.
5. Quispe R, Mamani T. Tendencias de consumo de SEAN en adolescentes escolarizados de La Paz y El Alto, 2021–2024. Rev Méd La Paz. 2024;30(2):45–53.
6. Organización Panamericana de la Salud. Los trastornos por consumo de drogas, una creciente preocupación de salud pública en las Américas

- [Internet]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2026 [citado 12 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/14-1-2026-trastornos-por-consumo-drogas-creciente-preocupacion-salud-publica-americanas>
7. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: WHO; 2022. [citado 12 Abr 2026]. Disponible en: <https://icd.who.int/en/>
 8. National Institute on Drug Abuse. Words Matter. Terms to use and avoid when talking about addiction. Bethesda (MD): NIDA; 2021. [citado 12 Abr 2026]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/research-topics/addiction-science/words-matter>
 9. Organización Panamericana de la Salud. Reunión de la OPS sobre reglamentación de la comercialización del alcohol: informe final [Internet]. Washington (DC): OPS; 2016 [citado 13 Abr 2026]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28423/PAHONMH16001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
 10. Centro de Información Cerveza y Salud. Cerveza sin alcohol, una bebida natural con gran capacidad hidratante y muy bajo contenido calórico. Rev Esp Nutr Comunitaria [Internet]. 2008;14(2):117–119 [citado 13 Abr 2026]. Disponible en: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/9_Cerveza_sin_alcohol.pdf
 11. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020. [Publications]. OPS; 2021 [citado 13 Abr 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/4b5b0b6c-9317-4e2f-9d90-02c63d68f1f6>
 12. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. What is a standard drink? Bethesda (MD): NIAAA; 2023. [citado 14 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-effects-health/overview-alcohol-consumption/what-standard-drink>
 13. Ministerio de Gobierno de Bolivia. Gaceta Oficial. Ley N° 1280 “Ley de prevención y control al consumo de los productos de tabaco”. [Internet]. Bolivia; 2020. [publicado 13 feb 2020; citado 17 Abr 2026]. Disponible en: http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/167994
 14. Organización Mundial de la Salud. Tabaco [Internet]. Washington (DC): OMS; 2021 [publicado 25 jun 2025; citado 13 may 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
 15. Mahabee-Gittens EM, Merianos AL, Matt GE. Preliminary evidence that high levels of nicotine on children’s hands may contribute to overall tobacco smoke exposure. Tobacco Control 2018;27:217-219. Disponible en: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/2/217>
 16. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1994 [citado 13 Abr 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a6afb0df-d690-413e-8abb-7ac0680243e6/content>
 17. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Tabaco y contaminación ambiental [Internet]. Madrid: CNPT; 2013 [citado 13 Abr 2026]. Disponible en: <https://cnpt.es/>
 18. Pan American Health Organization. La violencia contra las mujeres y el consumo de alcohol: situación en las Américas. Washington (DC): OPS; 2021.
 19. Policía Boliviana, Tránsito y Transporte. Informe anual de siniestralidad vial 2022. La Paz: Policía Boliviana; 2023.
 20. United Nations Office on Drugs and Crime. International Standards on Drug Use Prevention, 2nd updated edition. Vienna: UNODC; 2018. [citado 13 Abr 2026]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf
 21. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [citado 15 Abr 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42771>
 22. World Health Organization. Drug demand reduction. Geneva: WHO; 2019. [citado 15 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MVP-EMP-2019.02>
 23. Center for Disease Control and Prevention. Acerca de los cigarrillos electrónicos [Internet]. EE.UU.: CDC; 2018. [publicado 14 nov 2022; citado 16 Abr 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/spanish/los-riesgos-de-los-cigarrillos-electronicos-para-jovenes.html

24. World Health Organization. Electronic nicotine delivery systems: report of WHO. Geneva: WHO; 2024. [citado 15 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WPR-2025-DSI-001>
25. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophr Bull.* 2016;42(5):1262–1269. [citado 15 Abr 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26884547/>
26. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). La Paz: Ministerio de Salud; 2008
27. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía de práctica clínica nacional sobre intervención breve para reducir el consumo de alcohol [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2023 [citado 17 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/gpc-alcohol-breve.pdf>
28. Babor T., Higgins J., et al. AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria. [Internet]. Ginebra Suiza: OMS; 2001 [citado 17 Abr 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/AUDIT_sp_a.pdf
29. Bischof G, Bischof A, Rumpf HJ. Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Dtsch Arztebl Int.* 2021 Feb 19;118(7):109-115. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0014. PMID: 33835006; PMCID: PMC8200683. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8200683/>
30. Ministerio de Salud Pública Uruguay. Manual nacional de abordaje del tabaquismo en el primer nivel de atención [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2010 [citado 18 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20Nacional%20para%20el%20Abordaje%20del%20Tabaquismo..pdf>
31. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022: alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [acceso 18 Abr 2026]. Disponible desde: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-INFORME.pdf>
32. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). Problemática de las drogas. Orientaciones generales. Prevención del uso indebido de drogas. Bolivia, 2015 [Internet]. 2015 [citado 1 Abr 2026]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematika_de_las_drogas.pdf
33. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro M. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria. Ginebra: OMS; 2011.
34. Carretero MÁG, García MA, Novalbos JP, Martínez JM, O’Ferrall C. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones.* 2016;28(4):194-204. [citado 18 Abr 2026] Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/775/730>
35. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. [Internet] 2º edición. Barcelona; 2009. [citado 19 Abr 2026]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdoonlyres/C606A393-124F-4187-814C-7B4B47D01484/190469/GuiattotabaquismoDEFactivoypasivo.pdf>
36. Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Alonso B, Malvar A, Hervada X, de León J. Fagerström Test for Nicotine Dependence vs Heavy Smoking Index in a general population survey. *BMC Public Health.* 2009;9:493. [citado 19 Abr 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20042106/>
37. Skinner HA. The drug abuse screening test. *Addict Behav.* 1982;7(4):363-71. doi: 10.1016/0306-4603(82)90005-3. PMID: 7183189. [citado 21 Abr 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7183189/>
38. Yudko E, Lozhkina O, Fouts A. A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *J Subst Abuse Treat.* 2007;32(2):189–198.
39. National Institute on Drug Abuse. NIDAMED — Tools for medical professionals. Bethesda (MD): NIDA; 2024. [citado 21 Abr 2026]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/nidamed-medical-health->

- [professionals/screening-tools-resources/chart-screening-tools](#)
40. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Jun;156(6):607-14. doi: 10.1001/archpedi.156.6.607. PMID: 12038895. [citado 21 Abr 2026] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12038895/>
 41. Canadian Research Initiative in Substance Misuse. Canadian Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder. October 2023. Disponible en: https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2023/10/Canadian-AUD-guidelines_ENG.pdf
 42. Bischof G, Bischof A, Rumpf HJ. Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Dtsch Arztebl Int.* 2021 Feb 19;118(7):109-115. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0014. PMID: 33835006; PMCID: PMC8200683. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8200683/>.
 43. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Las palabras importan: términos preferidos al hablar de adicción [Internet]. Bethesda (MD): National Institute on Drug Abuse; [citado 21 Abr 2026]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-ciencia-de-la-adiccion/las-palabras-importan-terminos-preferidos-al-hablar-de-adiccion>
 44. National Institute on Drug Abuse. Words Matter Terms to use and avoid when talking about addiction. Bethesda (MD): NIDA; 2021. [citado 12 Abr 2026]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/research-topics/addiction-science/words-matter>
 45. Alcohólicos Anónimos (AA). Página oficial. Disponible en: <https://www.aa.org/es/alcoholicos-anonimos>
 46. Narcóticos Anónimos (NA) Bolivia. Página oficial. Disponible en: <https://www.narcoticosanonimos.es/>
 47. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(3):CD012880. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32159228/>
 48. World Health Organization. SAFER initiative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 17 may 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/SAFER>
 49. Global alcohol action plan 2022–2030. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/26549222-b1d1-4278-abac-19f0275e50d3/content>
 50. World Health Organization. Convenio Marco para el Control del Tabaco [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 22 Abr 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/262a8c9b-9c00-4b2b-8a33-a56537b95dbd/content>
 51. World Health Organization. MPOWER initiatives for tobacco control [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [citado 22 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/mpower>
 52. Ministerio de Gobierno de Bolivia. Gaceta Oficial: Ley N° 259. Ley de control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas. [Internet]. La Paz – Bolivia; 2012. [publicado 11 jul 2012.; citado 17 mayo 2026]. Disponible en: http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/140052
 53. Ministerio de Gobierno de Bolivia. Gaceta Oficial: Ley N° 913 Ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas [Internet]. La Paz – Bolivia; 2017. [publicado 16 de marzo de 2017; citado 17 mayo 2026]. Disponible en: http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/154595
 54. World Health Organization. Competency and outcomes framework for adolescent health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f67aa48a-7af4-4be6-af63-1b1e3c24f127/content>
 55. Grupos de familia Al-Anon. Página oficial. Disponible en: <https://al-anon.org/es/>
 56. Organización Panamericana de la Salud. Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010
 57. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Modelo para el diseño y evaluación de intervenciones de promoción de la salud basadas en la comunidad. Washington DC: OPS; 2018.