

01968
8



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN ADICCIONES

REPORTE DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ELSA GARCIA GÓMEZ

TUTORA PRINCIPAL: Mtra. GUILLERMINA NATERA REY.

COMITÉ TUTORAL: TITULAR: Mtra. Guillermina Natera Rey.
TITULAR: Mtro. Fernando Vázquez Pineda.
TITULAR: Mtra. María Elena Castro Sariñana.
TITULAR: Dr. José Agustín Vélez Barajas.
TITULAR: Mtra. Haydée Rosovsky Tuchszaider.
SUPLENTE: Dra. Sarah García Silberman.
SUPLENTE: Mtro. Horacio Quiroga Anaya.



México D.F., Ciudad Universitaria

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi Universidad, *Alma Mater*, por haberme abierto las puertas al conocimiento.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Con respeto y admiración a mi tutora, la Maestra Guillermina Natera Rey, por el gran apoyo, el tiempo dedicado, por su interés y compromiso para la realización de este trabajo y formación, gracias por compartir su experiencia profesional.

Al Comité Tutorial: Mtro. Fernando Vázquez Pineda, Mtra. María Elena Castro Sariñana, Dr. Agustín Vélez Barajas, Mtra. Haydée Rosovsky Tuchsneider, Dra. Sarah García Silberman, Mtro. Horacio Quiroga Anaya, gracias por sus valiosos comentarios y observaciones para conformar y mejorar este trabajo.

A mis maestros del programa y en especial a la Mtra. Leticia Echeverría San Vicente, muchas gracias por tu paciencia y dedicación en la supervisión. Gracias por compartir tu experiencia clínica conmigo ya que con ello contribuiste valiosamente en mi proceso de aprendizaje. Al Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez, por su apoyo académico y supervisión.

Al Dr. Héctor Enrique Ayala Velázquez, *In memoriam*

A la Mtra. Marcela Tiburcio Sainz, gracias por tus comentarios y tu apoyo para mejorar este trabajo, gracias por compartir tu conocimiento y tu amistad.

A mis compañeros de la maestría: Raúl Martín del Campo Sánchez, Carmen Martínez Maraver, Gaby Ruiz Torres, Erika Méndez Domínguez, Ronald Corea López, por compartir esta etapa y fortalecerla con el vínculo de la amistad y el trabajo.

A mis compañeras de comunidad: Mtra. Jennifer Lira Mandujano, Griselda Alvarado, Aldegunda González, Victoria, Mayra, gracias por trabajar hombro con hombro en un área de estudio dentro del campo de las adicciones que está en sus inicios.

A la comunidad de San Pedro Mártir y volcanes; al Padre Jesús Ramos, párroco de la Iglesia de San Pedro Mártir, por abrir las puertas de su comunidad para encontrar soluciones a problemas de salud como las adicciones; al personal del Centro de Salud "David Fragoso Lizalde" de San Pedro Mártir: al Dr. Roberto Perales, epidemiólogo y a la Trabajadora Social Dimna Castañón, por su apoyo.

Al psicólogo César Flores Dávila, por su acompañamiento en esta etapa.

A mi familia. Gracias a mis hermanos.

A Joaquín T. O. Por tu apoyo en la elaboración de los mapas. Gracias por todos los buenos momentos que hemos compartido.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA

Dedico este logro a mi madre, en agradecimiento infinito a su apoyo en cada etapa de mi vida.

A mi tío Feliciano: toda mi admiración a un hombre excepcional.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo académico.

NOMBRE: Elsa García Gámez

FECHA: 27 Junio 2003

FIRMA: (Elsa García Gámez)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	PP.
INTRODUCCIÓN	6
I. LAS ADICCIONES EN MÉXICO	8
1.1. Panorama del uso de alcohol y drogas en México	9
1.2. El consumo de alcohol en el medio rural	18
1.3. El consumo de drogas en el medio rural	26
II. EXPERIENCIA PROFESIONAL Y HABILIDADES ADQUIRIDAS EN EL PROCESO EDUCATIVO DURANTE LOS CUATRO SEMESTRES	28
1. Primer semestre	29
1.1. Formación teórica	
1.2. Programa de Residencia	
1.3. Habilidades y competencias adquiridas	
2. Segundo semestre	32
2.1. Formación teórica	
2.2. Programa de residencia	
2.3. Habilidades y competencias adquiridas	
3. Tercer semestre	34
3.1. Formación teórica	
3.2. Programa de residencia	
3.3. Habilidades y competencias adquiridas	
4. Cuarto semestre	37
4.1. Formación teórica	
4.2. Programa de residencia	
4.3. Habilidades y competencias adquiridas	
III. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL APLICADA Y DE PROCESO EN EL ÁREA DE ADICCIONES	40
1. Antecedentes	
2. Método	
2.1. Escenario	
2.2. Indicadores	
2.3. Muestreo	
2.4. Diseño	
2.5. Instrumentos	
2.6. Resultados	
2.7. Conclusiones	

IV. ESTUDIO DE CASO	76
1. Antecedentes	
2. Método	87
2.1. Objetivo general	
2.2. Objetivo específico	
2.3. Variables	
2.4. Participante	
2.5. Instrumentos	
2.6. Diseño	
2.7. Procedimiento	
3. Sesión de Admisión	93
4. Sesión de Evaluación	95
5. Primera sesión	101
6. Segunda sesión	106
7. Tercera sesión	112
8. Cuarta sesión	116
9. Seguimiento	119
10. Sesiones adicionales	
11. Conclusión	132
V. CONCLUSIÓN GENERAL DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA	135
Referencias	136
Anexos	145
1. Prevención	146
2. Localización geográfica de las comunidades y mapeo ecológico	164
3. Instrumentos: Formas de Consumo y Encuesta de interés	167
4. Instrumentos: Estudio de Caso	170

INTRODUCCIÓN

El tema de las adicciones ha llamado la atención de varios sectores de la población debido a la magnitud de los problemas asociados que repercuten en la convivencia social humana.

El abuso de alcohol representa una de las principales causas de muertes prevenibles, enfermedades y daños en muchas sociedades alrededor del mundo. El consumo de alcohol está asociado con una variedad de consecuencias adversas en la salud y en la sociedad. Los efectos adversos del alcohol han sido demostrados por varios desórdenes, incluyendo la enfermedad del hígado, la enfermedad mental, diferentes tipos de cáncer, pancreatitis y daño fetal en las mujeres embarazadas. Así mismo, el consumo de alcohol también tiene consecuencias sociales como los accidentes y fatalidades vehiculares, la conducta agresiva, las disrupciones familiares y la reducción de la productividad industrial (OMS, 2000).

Los gobiernos y comunidades han puesto en marcha diferentes estrategias para el tratamiento y la prevención del daño relacionado con el alcohol. Estas incluyen la regulación de la venta, la oferta y el consumo de alcohol; estrategias de promoción de salud para poblaciones objetivo o grupos importantes de riesgo, estrategias para la minimización del daño, para reducir el riesgo o las consecuencias adversas que preceden la conducta de beber en contextos particulares y/o para grupos de alto riesgo; programas de tamizaje y de intervención temprana; programas de tratamiento para evaluar a los bebedores problema para reducir o abstenerse de su forma de beber. En cada uno de estos dominios principales, se ha observado evidencia de la efectividad de estas estrategias y políticas particulares (OMS, op cit.).

La Psicología científica se ha sumado al esfuerzo de diversos sectores y es así como mediante los procedimientos y técnicas de análisis experimental de la conducta y de modificación de conducta se ha logrado concretar un cuerpo teórico y metodológico empíricamente validado que le permita dar respuesta a un problema de salud que repercute no sólo en el área mental del individuo sino también en las áreas física, familiar y social.

Tanto en el ámbito de la salud como el ámbito educativo, se han unido esfuerzos para capacitar a profesionales de la salud en la adquisición de habilidades que les permitan hacer intervenciones oportunas en varios niveles de acción: prevención universal, selectiva e indicada.

Una de las aportaciones que la Facultad de Psicología hace a la comunidad es la formación de profesionales por medio de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones. A lo largo de dos años, se entrena a los estudiantes en el campo de la prevención y el tratamiento de conductas adictivas.

Dentro de los objetivos que se plantean dentro del perfil del egresado están:

- Desarrollar proyectos epidemiológicos y psicosociales para abordar el fenómeno de las adicciones.
- Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Desarrollar programas de intervención temprana e intervención breve para reducir los daños que causan el consumo de sustancias psicoactivas.
- Aplicar programas de intervención temprana e intervención breve para reducir los daños que causan el consumo de sustancias psicoactivas.
- Aplicar programas de intervención para rehabilitar personas adictas.
- Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Implementar un proyecto de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones.

El presente reporte es una síntesis de las habilidades y competencias adquiridas dentro de este programa de estudios. A lo largo del reporte se verán reflejadas diferentes formas para aproximarse al estudio de las adicciones, aunque no es el objetivo de este reporte abordar todas las aproximaciones para el estudio de las mismas.

El reporte contiene cinco capítulos. En principio, en el primer capítulo el problema es observado desde la perspectiva epidemiológica a fin de situar al lector en el contexto actual de dicho problema de salud en México. Posteriormente en el segundo capítulo se hace un recuento de las actividades realizadas cada semestre de la maestría, así mismo, se señalan las habilidades y competencias adquiridas mediante el aprendizaje teórico y práctico desde la perspectiva cognitivo conductual y psicosocial. El tercer capítulo describe el ejercicio de investigación llevado a cabo desde la perspectiva de la psicología comunitaria y su relación con las adicciones. El cuarto capítulo presenta un estudio de caso realizado durante la maestría, en el que se describe la intervención terapéutica y se hace un análisis de la misma. Finalmente, en el quinto capítulo se hace una reflexión general de los aprendizajes obtenidos a lo largo de la maestría con residencia en adicciones y las implicaciones que tiene para la formación profesional del psicólogo en México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO I.
Las adicciones en México

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1. Panorama del uso de alcohol y drogas en México

El uso y abuso de drogas constituye un fenómeno complejo que tiene consecuencias adversas para la salud en todos los niveles de interacción del ser humano: individual, familiar y social.

Hasta ahora, los estudios más representativos sobre prevalencia e incidencia del consumo de alcohol y otras drogas en México son reportados por la Encuesta Nacional de Adicciones que se aplica a población de 12 a 65 años de edad en zonas urbanas del país. Esto indica que existe un rezago importante en México referente a la investigación epidemiológica del consumo de alcohol y otras drogas en zonas rurales, lo que representa un reto para el futuro en el campo de las adicciones a nivel nacional.

Para 1988, la prevalencia del consumo de cualquier droga alguna vez en la vida era de 3.33, para 1993 la prevalencia era de 3.9 y para 1998 era de 5.27. En relación al consumo de marihuana, en 1988 había una prevalencia igual a 2.99, para 1993 ascendió a 3.32 y para 1998 fue igual a 4.70; en relación al consumo de cocaína, para 1988 la prevalencia de consumo alguna vez en la vida era igual a 0.33, para 1993 fue igual a 0.56 y para 1998 fue igual a 1.45.

Las tendencias de consumo de sustancias en la población mexicana, estimaban en 1993 un total de 1.5 millones de personas entre 12 y 65 años de edad pertenecientes a población urbana, que habían consumido alguna droga ilegal alguna vez en la vida, cifra que aumenta a 2.5 millones para 1998. La sustancia que ha experimentado el mayor aumento es la cocaína, cuyo consumo se triplicó.

El panorama general del consumo de sustancias a nivel nacional, basado en las Encuestas Nacionales de Adicciones (1993, 1998) indica un incremento en las tendencias de consumo de la población.

Las drogas legales o lícitas son fármacos no incluidos en la lista de las sustancias que han sido declaradas ilegales por la legislación de cada país. Las más importantes son los psicofármacos medicinales sujetos a reglamentación, la nicotina contenida en el tabaco y el etanol (alcohol etílico) de las bebidas alcohólicas (Velasco, 1997).

Tabaco

El tabaquismo se ha considerado como una epidemia característica de este siglo, ya que en México mueren diariamente 122 personas por causas asociadas con el tabaco, razón por la que el tabaquismo se encuentra dentro de los diez problemas de Salud Pública. La tasa de muerte por cáncer de pulmón ha aumentado tanto en hombres como en mujeres, al existir una proporción de 2.5 hombres por una mujer.

El tabaquismo, además de causar costos sociales relacionados con el ausentismo escolar y laboral, la disminución de la productividad, ocasiona que la atención médica al respecto tenga altos costos y que haya una pérdida en años de vida productiva.

El tabaco ha sido utilizado desde la antigüedad para fines religiosos, medicinales y ceremoniales por los indígenas del Caribe, quienes la fumaban utilizando una caña en forma de pipa llamada *tobago*. Más tarde, los colonizadores al observar esta práctica la

adoptan pero sólo para su esparcimiento. La planta de tabaco, *Nicotiana tabacum* debe su nombre al embajador francés Jean Nicot, quien la utiliza en 1560 al darse cuenta de las bondades farmacológicas para el alivio del dolor de cabeza por lo que es el primero en cultivarla en Europa.

Fray Bartolomé de las Casas, en la Nueva España, fue uno de los primeros en describir la adicción al tabaco. Él explicaba que los indígenas la utilizaban en forma de rollo para aspirar su humo, *"con el cual adormecen las carnes y cuasi emborracha, así dizque no sienten cansancio y al reпреnderlos diciéndoles que aquello era un vicio, respondían que no era de su mano dejado"*.

En los años treinta la moda era fumar. Pronto se observaron las secuelas que las sustancias químicas propiciaban en las vías respiratorias.

Dentro de los factores que influyen en la dependencia a la nicotina en primer lugar se encuentra el principal componente químico del tabaco, alcaloide líquido oleoso e incoloro (C10 H14 N2) es la nicotina, sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante y la principal responsable de la adicción, por el estímulo placentero que produce al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central. Otros factores presentes en la dependencia son el sabor, el aroma y el ritual dado durante la conducta de fumar, así como la interacción social propiciada entre los fumadores.

Respecto al género, son los hombres los que presentan un consumo más elevado (42.9%) en comparación con las mujeres (16.3%). El grupo entre 18 y 29 años de edad presenta la mayor prevalencia de consumo de tabaco de acuerdo con la ENA (1998). Sin embargo, se observa que a mayor edad, menor consumo de tabaco en el grupo de personas de 59 a 65 años (11.2%).

El consumo de tabaco en menores de edad es una característica presente en los grupos para quienes se dirige la mayor parte de la publicidad y campañas de mercadotecnia que anuncian los productos con tabaco. Se considera que la edad promedio para el inicio en el consumo es entre 11 y 14 años de edad. El 61.4% de los encuestados dijeron haber iniciado su consumo a los 18 años.

A pesar de estar estipulado en la Ley General de Salud la prohibición de la venta de tabaco a menores de edad, un estudio realizado en el Distrito Federal demostró que en 1997 el 79% de las personas que cuentan con expendios venden cigarrillos a menores, sueltos o en cajetilla completa.

La Encuesta Nacional de Adicciones (1998), reporta que en México, el 27.7% de la población urbana entre 12 y 65 años de edad fuma, esto es igual a 13 millones de fumadores de tabaco, mientras que el 57.4% no fuma y el 14.8% refirieron ser exfumadores. La proporción de fumadores ha aumentado un 7% en diez años aunque podría ser un número mayor ya que la Encuesta no considera a los menores de 12 años de edad.

En México, la Encuesta de Estudiantes llevada a cabo en estudiantes de enseñanza media y media superior (secundaria, bachillerato, escuelas técnicas y comerciales) en el ciclo escolar 1999 - 2000, reportó que el consumo de tabaco ha afectado alguna vez en la vida al 50 % de los estudiantes hombres y mujeres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los estudiantes que reportan tener un consumo activo son los pertenecientes a las escuelas técnicas (35,3%) seguidos de los alumnos de bachillerato (32,9%) y secundaria (11,7%). Así mismo, la proporción más grande de consumidores se encuentra en los que cuentan con 14 y 15 años de edad.

Alcohol

De acuerdo con la OMS (2001), setenta millones de personas sufren dependencia de alcohol en el mundo. El consumo de alcohol es una conducta culturalmente aceptada cuyos orígenes se remontan desde las primeras civilizaciones de la humanidad. El alcohol es un facilitador de procesos como la socialización, ya que es común ver que las personas lo utilizan en reuniones sociales, en festividades civiles y religiosas, es decir, la vida social de algunas personas gira alrededor del consumo de alcohol. Ante esto, la sociedad ha tenido que implantar cierta normatividad para establecer en qué situaciones es aceptable beber y en cuáles no lo es. Se establece así una diferenciación entre el consumo de alcohol que no causa problemas o consecuencias como el beber moderado y el consumo de alcohol que se escapa del control del individuo y de la sociedad misma, como es el caso del beber problemático y la dependencia.

El consumo de alcohol es una costumbre inherente a la cultura, es una conducta que el hombre ha realizado desde hace mucho tiempo atrás. Antes de la llegada de los españoles a México, existían 82 grupos étnicos, cada uno de los cuales tenían normas relativas al consumo de alcohol. En la época precolombina, los tipos de bebidas alcohólicas consumidas eran derivados de la fermentación, el más común era el extraído de la planta de agave, el pulque. El patrón general de uso era la bebida comunal en rituales asociados principalmente con la agricultura, la religión y los eventos de vida tales como el nacimiento, el casamiento y la muerte (Taylor, 1979, en Medina Mora, 1998).

Las encuestas de adicciones en México (1988, 1993 y 1998), señalan al alcohol como una droga cuyo consumo es una práctica difundida en nuestro país, socialmente aceptada, esta sustancia se asocia con las principales causas de mortalidad, de manera directa a la cirrosis hepática e indirectamente a los padecimientos cardiovasculares y la diabetes mellitus. El consumo de bebidas alcohólicas es una práctica característica de la población masculina, aunque este ha cambiado, pues se observa que las mujeres consumen alcohol al igual que los hombres en algunas zonas rurales y urbanas.

Sin embargo, el uso continuo del alcohol llega a convertirse en abuso y con ello en una dependencia. La combinación del abuso de bebidas alcohólicas con el manejo de vehículos motores tiene severas consecuencias en la salud pública de los mexicanos. Dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población debida al uso, abuso y dependencia del alcohol, se encuentran las producidas por accidentes automovilísticos fatales. Sin embargo aún ahora es difícil relacionar los accidentes de tránsito con el uso de bebidas alcohólicas.

La Encuesta Nacional de Adicciones (1998), menciona que en México, el 42% de la población urbana entre 18 y 65 años de edad es abstemio, de la cual el 63.5% son mujeres. Los consumidores frecuentes son varones de edad media. De esta forma, el 25% de los bebedores fuertes consumen el 78% del alcohol disponible (Tapia, 2001).

De acuerdo con Tapia, Medina-Mora y Cravioto (2001), la alcoholización de una sociedad es un fenómeno que va de lo individual a lo social. En este sentido, los bebedores son la punta del iceberg, que es sustentado por la industrialización del alcohol, la venta y el consumo, la publicidad, la distribución y la disponibilidad. Bajo esta perspectiva, toda la sociedad contribuye de alguna forma a que se normalice, se promueva y se consuma el alcohol. Por esto el fenómeno de alcoholización debe ser descrito en conjunto y no proporcionar explicaciones derivadas de factores aislados.

El problema del consumo de bebidas alcohólicas ha tratado de ser abordado desde diferentes perspectivas teóricas y disciplinas de estudio. Esto trae como consecuencia la dificultad para encontrar un consenso multidisciplinario para hacer un frente común a dicho problema y considerar la variabilidad que tiene el consumo de bebidas alcohólicas en la población. Así mismo, el paso del consumo normal al consumo problemático es silencioso para la población afectada, por lo que desgraciadamente al no contar con mecanismos de monitoreo y vigilancia adecuados, las personas llegan a pedir ayuda al médico hasta que ya tienen una dependencia severa a las bebidas alcohólicas.

De acuerdo con lo anterior, la tendencia en investigación y tratamiento actual es dar prioridad a la detección temprana del bebedor problema, es decir, proporcionar prevención secundaria a una población identificada que aún no llega a experimentar los estragos más severos del consumo de alcohol, con la finalidad de darles un tratamiento oportuno y evitar el desarrollo de la enfermedad.

Es así como en algunos estudios epidemiológicos (Medina Mora, 2001) se ha mostrado que el 21 % de los ingresos a salas de urgencia por accidentes tienen una relación con los niveles positivos de alcohol en sangre de las personas ingresadas. En uno de cada cinco ingresos, el accidentado había estado bebiendo en un restaurante, bar o cantina. El 73% de las detenciones y el 11% de las víctimas consumieron antes del evento. Uno de cada tres detenidos y una de cada siete víctimas consumió alcohol en un restaurante, bar o cantina.

El consumo excesivo de alcohol causa problemas tanto en el ámbito individual, como el familiar y el social. Como ejemplo de los estragos físicos que el consumo de alcohol en exceso puede causar, se encuentra que la tasa de mortalidad por cirrosis hepática nacional causada por el alcohol ha ido en aumento desde 1980, al presentar un 14.74 los hombres y un 2.76 las mujeres y para 1999, el 24.27 para los hombres y el 3.39 para las mujeres. Dentro de las principales causas de mortalidad general registradas en 1999, está la cirrosis alcohólica del hígado, así como los accidentes de tráfico de vehículos de motor (la cuarta causa de mortalidad en nuestro país) y las agresiones u homicidio (novenno lugar), estos pudieran estar relacionados con el consumo excesivo de alcohol (SSA, 1999).

Otros datos sobre el patrón de consumo de alcohol en México de acuerdo con la ENA (1998):

- El 77% de los varones que habitan en zonas urbanas del país, reportó haber bebido en los 12 meses previos a la encuesta, mientras que en las mujeres esto se observó en el 45%.
- El 55% de los varones y 27% de las mujeres bebieron su primera copa completa de alcohol antes de cumplir los 18 años de edad.
- El 23.1% de los varones son ex bebedores o nunca han bebido, 285 beben menos de una vez al mes.

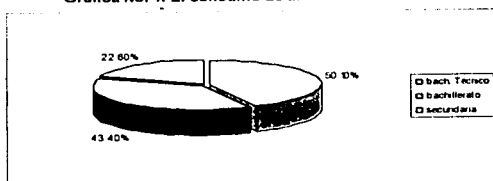
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- El 8.5% son bebedores frecuentes de menos de 5 copas por ocasión.
- El 40% se ubica en los patrones mensuales o semanales que se asocian con cantidades altas. Uno de cada diez varones (9.6%) que habitan en zonas urbanas cumple con el criterio de dependencia. Esto ocurre en 1 de cada 100 mujeres (1%).

Se observa que la edad promedio para el inicio en el consumo de alcohol es de 14 años de edad, cuestión que de acuerdo con la legislación mexicana concerniente a la prohibición de alcohol a menores, no debería presentarse en la realidad.

La Encuesta Nacional de Estudiantes (2000) menciona que en el Distrito Federal, el 61.4% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 31.9% ha consumido en el último mes. El grupo de los varones presentan un consumo igual a 34% en comparación con el uso del grupo de las mujeres (29.9%). Así mismo, es en las escuelas técnicas en donde se presenta una mayor incidencia en el consumo de bebidas alcohólicas (50.1%) en comparación con los bachilleratos (43.4%) y las escuelas secundarias (22.6%) (Ver gráfica No. 1).

Gráfica No. 1. El consumo de alcohol en estudiantes



Fuente: Encuestas de consumo de drogas en estudiantes SEP-INP(2000)

De lo anterior se puede decir que existe una tendencia a incrementar el uso de bebidas alcohólicas conforme aumenta la edad de los estudiantes.

Otras sustancias psicoactivas

Las drogas ilegales son los fármacos adictivos o no, que pueden causar daño al organismo y al psiquismo y que han sido incluidos en las listas de sustancias prohibidas que la legislación de cada país ha elaborado para los fines de proteger al individuo y a la sociedad.

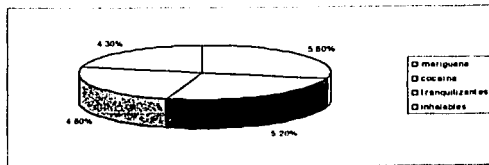
De acuerdo con la Encuesta Nacional de Estudiantes, para el año 2000 hubo un incremento del 3% en el consumo de sustancias psicoactivas (14.7%) en comparación con la cifra obtenida en 1997. El grupo más afectado es el de los hombres (6.2%) en comparación con el grupo de las mujeres (4.4%).

El 16.8% de los hombres han probado alguna droga alguna vez en su vida, en comparación con el 10% del mismo grupo que se ha mantenido en el consumo experimental y el 4.7% que usa regularmente la sustancia, eso es dentro de un margen de más de cinco ocasiones. Así mismo, el 23.1% de los estudiantes de bachillerato

técnico presentó el mayor consumo en comparación con los estudiantes de bachillerato (19.9%) y los de secundaria (10.5%).

De esta manera, la sustancia más consumida entre los adolescentes es la marihuana (5.8%), seguida de la cocaína (5.2%) la cual se triplicó en los últimos siete años, de 1.6% en 1993 a 5.2% en el 2000, los tranquilizantes (4.8%) y los inhalables (4.3%), (Ver gráfica No.2).

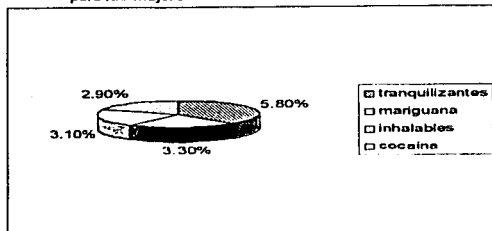
Gráfica No.2. El consumo de drogas psicoactivas en estudiantes



Fuente: Encuestas de consumo de drogas en estudiantes SEP-INP(2000)

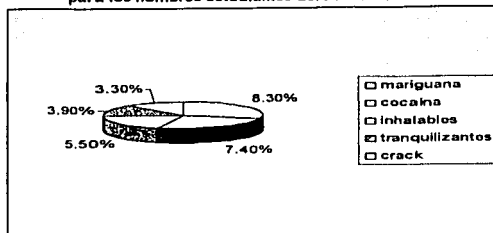
Se observó que la droga de preferencia para las mujeres son tranquilizantes (5.8%) seguidos por la marihuana (3.3%), los inhalables (3.1%) y la cocaína (2.9%). Por otro lado, los hombres presentan una preferencia por la marihuana (8.3%), la cocaína (7.4%), inhalables (5.5%) y los tranquilizantes (3.9%), crack (3.3%) (Ver gráfica No.3 y No.4).

Gráfica No. 3. Drogas de uso de preferencia para las mujeres estudiantes del Distrito Federal



Fuente: Encuestas de consumo de drogas en estudiantes SEP-INP(2000)

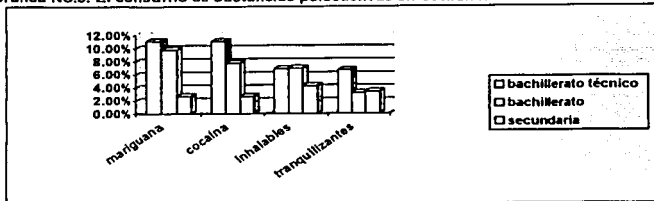
Gráfica No.4. Drogas de uso de preferencia para los hombres estudiantes del Distrito Federal



Fuente: Encuestas de consumo de drogas en estudiantes SEP-INP(2000)

Otro dato importante que muestra la Encuesta Nacional de Estudiantes (2000) es que el consumo de disolventes disminuyó de 3.7% a 2.8% pero por otro lado hubo un aumento en el consumo de cocaína del 1% al 4.4% y de mariguana de 2.2% en 1993 a 5% en el 2000. De acuerdo al nivel educativo, se observaron las siguientes preferencias: las escuelas de nivel bachillerato técnico presentan un consumo de mariguana y cocaína igual a 11.1% seguida de inhalables (6.9%) y tranquilizantes (6.7%). Para el bachillerato, se presenta un uso de mariguana igual a 9.8% seguido de cocaína (7.8%) y tranquilizantes (7%) e inhalables (3.2%). Para el nivel secundaria, se presentan los inhalables en un porcentaje de 4.3% en comparación con los tranquilizantes (3.4%) y la mariguana y la cocaína (2.7%) respectivamente (Gráfica No.5).

Gráfica No.5. El consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del Distrito Federal



Fuente: Encuestas de consumo de drogas en estudiantes SEP-INP(2000).

Es importante mencionar que los adolescentes menores de 15 años tienen como sustancia de consumo principal a los inhalables. Después de los 15 años, las sustancias de preferencia para los adolescentes son la cocaína y la mariguana. Otras sustancias que también se han consumido de forma creciente son el éxtasis o las metanfetaminas (0.7%), el rohypnol (0.3%) y el nubain (0.2%), consumo que se da principalmente por hombres adolescentes de 17 años o mayores estudiantes de bachillerato.

En México, se cuenta con tres estudios nacionales de población estudiantil de los niveles medio y medio superior de las zonas urbanas del país. En el Distrito Federal y zona metropolitana se cuenta con estudios realizados cada dos años. Se ha probado metodología para abordar el problema en menores y en jóvenes sin hogar o que trabajan en la vía pública y que no son captados por los métodos tradicionales y se han efectuado estudios de corte antropológico para profundizar en el conocimiento del problema en comunidades y grupos de alto riesgo. Se cuenta además con información estadística de casos atendidos en instituciones de salud y de procuración de justicia.

De estos estudios se sabe que los inhalables ocupan el segundo lugar de importancia a nivel nacional, se estima que un .76% de las personas entre 12 y 65 años de edad los han usado alguna vez (SSA, 1990). El uso de sustancias inhalables afecta principalmente a jóvenes y niños en etapa de desarrollo físico y emocional. Su uso experimental en la población escolar de 14 a 18 años de edad, se incrementa en más de 5 veces de 1976 (0.9%) a 1978 (5.6%), a partir de 1980 es la droga de preferencia de los estudiantes, aún antes de la marihuana, en 1991 aumenta el número de usuarios activos de estas sustancias.

Los reportes obtenidos por medio de Instituciones de Salud e instituciones de Procuración de Justicia para el Sistema de Reporte de Información de Drogas reportan que las personas identificadas como usuarios de solventes inhalables son en su mayoría del sexo masculino, de nivel socioeconómico bajo entre 15 y 19 años de edad. El nivel de escolaridad de los usuarios es entre primaria incompleta y secundaria completa. La edad de inicio para el uso de inhalables es principalmente entre los 12 y 19 años. Los inhalables más utilizados son thinner, pegamento-cemento y activo.

En un estudio realizado en niñas y jóvenes de la calle se encontró que el 27% reportó su uso alguna vez en la vida y el uso diario, cifras superiores a las reportadas por encuestas en hogares y en población escolar. De éstos menores, el 40% no pagaba las noches en la casa de sus padres, y solamente un 38% no aportaba dinero, producto de su trabajo a la familia. En un reciente censo de menores que viven en la calle realizado por la Comisión para el Estudio de los Niños callejeros, coordinado por el Departamento del Distrito Federal, en cruceros y centros de reunión de los menores, se pudo cuantificar que en total existían 11 172 niños en las calles, de los cuales 1,020 viven en la calle, el índice de inhalación entre ellos fue de 15%.

Los estudios y encuestas muestran que la población que muestra adicciones presenta en ocasiones una relación con enfermedades mentales como la ansiedad, la depresión y algunos trastornos de la personalidad.

Así mismo, algunos de los problemas que existen en el país podrían explicarse por la forma en que se consume alcohol, de forma esporádica y explosiva, esto es, se consume grandes cantidades de alcohol en un breve lapso de tiempo, lo que trae como resultado episodios de violencia, accidentes, problemas laborales, familiares y de pareja.

En México existe la llamada paradoja del consumo moderado. Esto significa que existen más bebedores problema quienes consumen mayores cantidades en poco tiempo que alcohólicos o personas que ya presentan una dependencia severa. De ahí que la responsabilidad de las repercusiones sociales del consumo de alcohol recaiga en los bebedores problema (Medina-Mora, Natera y Borges, 2002).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al abordar el tema de las adicciones desde una visión social, se puede decir que estas son el resultado que se deriva del fenómeno de la globalización y que trae a su vez problemas como la pobreza, los movimientos demográficos y socioculturales, la migración rural y urbana, la migración internacional y con ello la modificación de costumbres y forma de vida de las familias.

Es así como la conjunción de los riesgos sociales con los riesgos individuales explican el incremento en los índices de consumo así como de los problemas asociados con esta práctica (Medina-Mora, 2001).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2 El consumo de alcohol en el medio rural

El presente apartado tiene como finalidad reflejar otra parte de la realidad mexicana que no ha sido muy estudiada, la población rural y el consumo de alcohol.

A pesar de que en México existe una pluralidad cultural con cerca de 56 grupos indígenas presentes en una población de 9 millones de habitantes, quienes representan el diez por ciento de los 95 millones de habitantes de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 1995 (INEGI, 1995), se carece de datos epidemiológicos que den cuenta del consumo de alcohol y otras drogas en las comunidades rurales y semirurales del país.

Los pueblos indígenas han sido objeto de anulación de toda posibilidad de desarrollo y de evolución, han sido excluidos por decenas de años en el proyecto de desarrollo nacional. De ahí la necesidad de incluir este apartado en el presente reporte. A continuación se describen algunos estudios de autores que han incursionado en el área rural y el consumo de alcohol.

El consumo de alcohol ha sido un problema de salud pública también en las comunidades rurales. Sin embargo, para muchas comunidades indígenas, el consumo de alcohol no representa por sí mismo un problema, ya que se ha vuelto parte de la vida cotidiana y es un medio económico para subsistir.

Los indígenas han sido fuertemente estigmatizados con relación al consumo de alcohol y el alcoholismo, ya que los profesionales de la salud han asociado la pobreza, la marginación y la etnicidad como causantes de este problema. Esta estigmatización ha contribuido a fijar la atención en el aspecto negativo del consumo de alcohol, incluso a suponer que este se debe a factores genéticos en estos grupos (Gálvez, 2002).

"A pesar de los avances en el conocimiento epidemiológico del consumo de bebidas alcohólicas en los medios urbanos de México, poco se conoce al respecto en los medios rurales e indígenas. Sin embargo, se estima que el abuso en el consumo y la dependencia del alcohol equivalen a la parte proporcional que se observa en las poblaciones urbanas. Evidentemente, el alcoholismo en las comunidades rurales e indígenas está matizado por las condiciones de desventaja que aún prevalecen en lo que a servicios de detección y tratamiento oportunos se refiere. En el estado de Hidalgo, por ejemplo, las tasas de mortalidad por cirrosis corresponden al doble que en el resto del país, y en el Valle del Mezquital al triple. En el centro del país, las tasas de cirrosis hepática corresponden a las más altas de la República Mexicana, sitio en el que se encuentran concentrados varios grupos de población indígena. El alcoholismo, las muertes violentas y la hepatitis se encuentran dentro de las principales causas de mortalidad en los adultos de grupos indígenas del sureste de México. Entre los otomíes, el alcoholismo representa un grave problema de salud pública que se remonta a la época de la Colonia; la embriaguez se inscribe en experiencias rituales particularmente intensas que se mantienen hasta nuestros días, pero que generan graves problemas en las comunidades. Otros estudios realizados en las zonas rurales e indígenas del estado de Hidalgo, sugieren que el exceso en las tasas de mortalidad por cirrosis hepática, no

necesariamente se debe a los altos niveles de consumo. Factores de tipo genético, ciertas infecciones virales y aspectos nutricionales, o una mezcla de todos ellos, pueden estar involucrados" (Programa de Acción: Adicciones. Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas, Secretaría de Salud, 2001, pp.31).

De acuerdo con Rojas (1942), la bebida embriagante de mayor consumo entre los indios prehispánicos era el *octli* o pulque, jugo del *metl* o maguey (pita, planta amarilídea) que los antiguos habitantes de la planicie mexicana cultivaban con esmero, ya que de este obtenían varios productos para vestirse, para ser utilizado en la fabricación de utensilios de cocina y de construcción así como con fines medicinales.

Sahagún decía que el *octli* o pulque "es como beleño que sacan al hombre de su juicio...cosa muy aborrecida y asquerosa que deshonra a los hombres nobles y generosos."

En las ceremonias religiosas, no se acostumbraba la embriaguez, pero si lo hacían en las fiestas íntimas los ancianos así como en los bautizos y en las bodas, bebían más de lo acostumbrado pero sólo dentro de casa. Sin embargo, al honrar a sus difuntos no acostumbraban beber (Rojas, op cit.).

El *octli* o pulque se vendía en plazas y mercados. Los comerciantes realizaban primero una ofrenda ritual al dios de los borrachos *Ixquitecaltl* y después vendían su mercancía en grandes jícaras. De acuerdo con Clavijero (en Rojas, op cit.), cuando un anciano moría por causa de ebriedad, se le ataviaba con las prendas del dios de la ebriedad, *Tezcanzoncaltl*. Ya desde entonces, los antiguos mexicanos menospreciaban a todo aquel que se emborrachaba públicamente, se les tenía hastío, aborrecimiento y le deseaban la muerte.

En un principio, el consumo de alcohol y otras drogas dentro del contexto prehispánico era un "consumo tradicional", dado por fines mágico religiosos y curativos. Este ritual estaba plenamente justificado dentro de una cosmovisión que marcaba los límites entre una práctica ritual y una práctica que tuviera consecuencias problemáticas para la salud y para la organización social de referencia o comunidad. Antes de la conquista, las bebidas alcohólicas que se consumían eran por fermentación, principalmente el pulque y la chicha. Beber era un privilegio para los ancianos, no así para los jóvenes, quienes recibían castigos si se embriagaban. La función de la conducta de beber era para rendir tributo (Natera, 1987).

Al llegar los conquistadores, se produjo en los mexicas un gran miedo y pavor, situación que modificó muchas de las costumbres establecidas en el imperio azteca. Al observar sus hogares destruidos y sus familias desechas, los antiguos mexicanos cayeron en el vicio, tal vez para olvidar la brutalidad con la que les fue arrancada su tierra, su gente, su cultura, su paraíso natural. Todo el esplendor de una cultura se precipitó a la esclavitud. En un principio, los españoles cuidaban por conveniencia la salud y el estado físico de los hombres-bestias que hacían fructificar sus campiñas. Con ello, el consumo de alcohol entre los nativos fue en aumento ante la indiferencia del gobierno colonial, quizás porque ahora la mano de obra del indígena era sustituida por el trabajo de los negros esclavos. Ante esta problemática, varios monarcas españoles (el rey Felipe II, el emperador don Carlos y el rey Felipe III) emitieron la prohibición de venta y paga del jornal con vino a los nativos. Por otro lado, mientras la ordenanza política era

negociada, el clero alentaba el consumo de alcohol al pedir a los indígenas una contribución al cura con botijas de pulque (Rojas, op cit.).

En tiempos de la colonia, y con el establecimiento del gobierno español, el virreinato decretó una orden para controlar la disponibilidad de bebidas alcohólicas al disminuir los espacios y horarios de venta, quedando de esta forma los fines de semana (Natera, 1987).

De la Fuente (1991) señala que en San Juan Chamula, Chiapas, la producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas fue entre los mayas un acto de índole curativa, sacra, ceremonial y secular. Ya en el siglo XVII se sabía que el aguardiente tenía efectos nocivos para la salud y a pesar de ello se adoptó su uso en la cultura indígena.

Antes de la llegada de los españoles, el consumo de alcohol era raro. Fue con la dominación española que los indígenas se acostumbraron a beber vino. Con el nacimiento del latifundio y el peonaje, los indígenas iban perdiendo la propiedad de sus terrenos y la mano de obra de estos era barata. "Los patrones fomentaban el vicio del alcohol, pues por medio de este subyugaban las voluntades de los hombres en servicio de sus intereses" (Rojas, op cit., pp.120). Es así como surgió el cultivo de otra especie de agave, de donde se obtuvo el aguardiente de mezcal, de caña o de frutos fermentados recibiendo un propio en cada región del país.

Entonces, "a medida que los grandes propietarios extendían sus haciendas por los mejores terrenos, los indios se replegaban a los valles resecos y estériles, en donde el agua escaseaba al extremo de que era sustituida completamente por el pulque. Para calmar la sed, los hombres de todas las edades, se veían obligados a ingerir buena cantidad diaria de jugo de maguey. Llegó un momento en que el aguardiente puro o el pulque simple ya no satisfacían por completo a sus adictos y entonces en cada región se hacían mescolanzas o 'compuestos', que a la vez que modifican el sabor de acuerdo con el gusto de sus consumidores, aumentaban las particularidades irritantes y tóxicas propias del alcohol simple. A fines del siglo pasado y principios del presente, la población rural mexicana producía para su propio consumo una gran cantidad de bebidas fermentadas" (Rojas, op cit., pp.121).

La cultura mexicana ancestral paso de un uso moderado de bebidas alcohólicas a una dependencia que no era para más, "por virtud del inciuo trato a que estuvo sometido durante cuatro siglos" por los conquistadores (Rojas, op cit., pp. 124).

Para el caso de la comunidad indígena, el consumo de alcohol es una práctica que se asocia con la explotación y el control de los indígenas. El consumo adquiere un nuevo significado cuando se ejerce en comunidad.

Se observa que a través de la historia, el consumo de alcohol ha dado respuesta a variables sociológicas como la cohesión social, las festividades, las situaciones colectivas, el trabajo, la comercialización y como recurso económico. Así mismo, se ha utilizado con fines políticos, como vehículo para lograr la dominación de una cultura sobre otra, así como el control económico y político de los pueblos. En este sentido, el alcoholismo se convirtió en un problema cuando el mestizo y el indígena ya no pudieron ser utilizados como fuerza laboral. Tal es el caso de las detenciones de indígenas en las fiestas patronales por "emborrachamiento", quienes para ser liberados se les imponían

altas multas que eran pagadas por los dueños de las plantaciones, con el trabajo de las víctimas. Cada vez que una autoridad local arrestaba a alguien por emborrachamiento, este recibía una bonificación (Natera, 1987).

Se observa que los primeros estudios relacionados con el consumo de alcohol en el ámbito rural fueron de tipo descriptivo. Después se observó la influencia de variables como las actitudes y los valores que promueven o inhiben el consumo de alcohol (Natera, 1987).

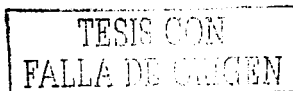
Así mismo, la mayor parte de los estudios sobre alcoholismo en zonas rurales han sido efectuados por sociólogos o antropólogos. Una de las limitantes que existen para el estudio de las zonas rurales es la poca o nula representatividad que tiene esta población en encuestas y estudios, la que para algunos autores es debida a la dispersión geográfica a la que obedecen los pueblos indígenas, cuestión que dificulta la obtención de datos representativos.

Algunos de los estudios sobre alcoholismo en zonas rurales fueron realizados por el Instituto Mexicano de Psiquiatría a finales de los años setenta y principios de los ochenta. Dentro de las poblaciones de estudio más importantes están: en el estado de México, la cultura mazahua habita la región de San Felipe del Progreso, en donde se encontró que el 100% de los habitantes consumían pulque, mientras que el 47% agregaba perlas de éter y alcohol puro a las bebidas, el 80% consumía teporochas (alcohol mezclado con refresco embotellado), se consume además cerveza en grandes proporciones. Dadas las condiciones precarias de la zona, el agua potable es inaccesible, por tanto, los habitantes no tienen otra opción más que consumir las bebidas alcohólicas (Martínez, 1979).

Otro estudio llevado a cabo en la Sierra de Puebla, en el pueblo de San Sebastián, reporta que las festividades religiosas y patronales son la máxima expresión de consumo de alcohol. La bebida de mayor consumo es el aguardiente de panela o piloncillo y el de caña. Así mismo, se observó que en el Municipio de Teziutlán se consume aproximadamente 405 litros de aguardiente y 4000 botellas de cerveza a la semana, cantidades menores a las que se calcularían en las fiestas patronales (Bernuecos, et al., 1977).

Un estudio llevado a cabo en la Huasteca Potosina sobre el alcohol y la etnicidad encontró entre otras cosas que aquel que bebe alcohol gana con ello una posición de poder y conocimiento frente al que no bebe alcohol. Con la pérdida de la conciencia y el olvido, el bebedor puede ausentarse de las responsabilidades económicas y laborales que le corresponden. Así mismo, beber alcohol trae consigo una posición social distinta entre los pobladores, sirve para distinguir al danzante, al mestizo y al indígena. Es importante mencionar que en esta población se hace una distinción entre el beber de forma legítima (de 2 a 3 veces por semana) y el alcoholismo (beber en exceso y con frecuencia) (Lomnitz, 1985).

En un estudio transcultural se compararon las actitudes de los informantes de Honduras con los de México, se observó que en México hay más permisividad para que las personas empiecen a beber a edades más tempranas. En ambos países se observa el rol socializador que tiene el alcohol (Natera et al., 1983).



Palerm (1954) realizó un estudio antropológico en dos comunidades indígenas, una en la Sierra Madre Oriental al norte de Puebla en el pueblo de Ocoxochitán y otra en Veracruz, Tajín. En la primera comunidad, con una economía precaria, los habitantes dedicaban parte importante de su tiempo a sus borracheras, siempre en grupo, pasando de la euforia a la depresión sin ser agresivos. Los borrachos son vistos como algo normal. En la segunda comunidad la economía era más fuerte, dada por el cultivo de la vainilla. El motivo del consumo de alcohol en la comunidad era sobre todo religioso y mágico. Nuevamente se observa el consumo de los hombres en grupo al grado de exhibir conductas muy agresivas, llegando a poner en riesgo la convivencia de los habitantes, a diferencia de la primera comunidad. Los borrachos son rechazados por la comunidad.

Fromm y Maccoby (1973) estudian un pueblo localizado en el estado de Morelos, en donde observaron que los adultos eran alcohólicos o bebedores excesivos a diferencia de los jóvenes que eran bebedores moderados. Además señalan que beber alcohol era una forma atractiva de contrarrestar el aburrimiento que existía en el pueblo. Estas personas han rechazado una forma tradicional de vida y en su intento por encontrar otras actividades diferentes caen en una vulnerabilidad cultural. Otro rasgo importante es que los alcohólicos beben para sentirse más hombres o para confirmar su hombría, lo que hablaría de características de machismo, narcisismo y sadismo. El alcoholismo se convierte entonces en un motivo para ser partícipe de la violencia, la irresponsabilidad, el abandono familiar, el estancamiento económico y el socavamiento del sistema ejidal.

Se hizo un estudio en el Valle del Mezquital (Medina-Mora, 1999), ubicado en el estado de Hidalgo que corresponde a la zona centro del país, población que consume pulque por tradición. Se dividió la zona en dos regiones indígenas, la primera caracterizada por la presencia de grupos evangélicos quienes han influido en el cambio de los patrones de consumo de la población. La zona dos es católica y es en donde el consumo es mayor. Es aquí donde la religión marca la diferencia e influye en la decisión de beber o no beber alcohol.

Se observó que el 51% de la población de ambas comunidades no bebe alcohol, lo que significa que el 38% de las mujeres no beben alcohol y los hombres que practican la religión evangelista tampoco lo hacen. En contraste, sólo el 20% de los hombres católicos son abstemios.

La bebida de preferencia de los jóvenes es la cerveza, que ha desplazado al pulque. La población consume con un nivel de alto riesgo, ya que las personas que beben alcohol de 96° y aguardiente tienen más problemas en comparación con los que no lo hacen. Los bebedores de pulque consumen de forma intensa y tienen más problemas como resultado de este patrón de consumo. Las mujeres beben pulque igual que los hombres.

Existen varias características en común en el consumo de alcohol en estas comunidades: por un lado la actividad económica agrícola, y por otro lado la marginalidad representada en la carencia de servicios sanitarios, educativos, recreativos y asistenciales. La carencia de agua es un factor común, condición que se resuelve momentáneamente con el consumo de bebidas alcohólicas. Así mismo, el alcohol es consumido dentro de un contexto festivo y laboral. Los hombres beben más

que las mujeres pero estas últimas también presentan patrones de consumo importantes. Beber alcohol es una actividad que se hace en grupo.

En lo referente a la metodología empleada para los estudios sobre alcohol en zonas rurales, se ha utilizado básicamente la encuesta directa y la encuesta indirecta por medio del método de informantes. Este último método fue probado en una población al sur de la ciudad de México en donde se encontró que el consumo de alcohol obedece a una costumbre arraigada culturalmente, cuya función es la socialización y la consolidación de las relaciones amistosas, por tanto, se considera ofensa o falta de hombría el rechazar una bebida alcohólica. Así mismo, los patrones de consumo son diferentes entre los géneros. Para los hombres es común beber en grupo, mientras que para las mujeres el consumo es en sus casas (Natera, 1987, 1981, Campillo, Calderón, Suárez, 1981).

El método del informante calificado presenta varias ventajas como instrumento de trabajo en comunidades rurales: a pesar de no proporcionar datos sobre prevalencia, da cuenta de las proporciones del problema, ya que facilita la comunicación con los habitantes de la comunidad, se logra un consenso, la comunidad se sensibiliza y con ello se origina una iniciativa para la búsqueda de opciones para resolver el problema, además de ser un método económico.

Más recientemente, se ha llevado a cabo un estudio en el Valle del Mezquital, en la comunidad Santiago de Anaya, estado de Hidalgo. Durante cuatro años, se ha estudiado a siete comunidades ñañhú, específicamente Santa Teresa Daboxtha. El estudio ha sido principalmente de tipo etnográfico, basado en los diarios o notas de campo de diversos colaboradores del proyecto. El interés de trabajar en esta zona es la alta tasa de mortalidad por cirrosis hepática, que comparada con la tasa a nivel nacional (23/100,000 habitantes), llega a ser muy elevada (140/100,000 habitantes) (García, 2002).

Las variables sociodemográficas presentes en el contexto de investigación son el analfabetismo, la pobreza extrema, y la religión evangélica dentro de la cual se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas. La agricultura es la actividad económica más importante, a pesar de tratarse de una zona semiárida, con pocas lluvias y riego de temporal. Se ha comparado al pulque en importancia semejante al maíz, por lo que todos los habitantes la beben, desde los niños hasta los ancianos. El pulque es considerado como alimento para niños y adultos, a quienes proporciona fuerza para trabajar en el campo. De acuerdo con la cantidad de tierra que se dispone, la producción de pulque varía de entre 5 y 10 litros de pulque al día. Además se observa el fenómeno de migración hacia las ciudades cercanas como Pachuca o Ciudad de México o bien hacia los Estados Unidos, como respuesta a las escasas oportunidades de desarrollo económico existente en la región (García, op cit.).

En lo referente al consumo de alcohol en esta comunidad ñañhú, el siguiente párrafo lo describe puntualmente: *"...el pulque se ha convertido en una costumbre necesaria aunada al tipo de vida característico del ñañhú: es su bebida de salud, de reposo, de nutrición y, por tanto, su consumo es generalizado. Las madres más responsables dan pulque a sus hijos cuando tienen entre cinco y seis años, pero la tradición dicta que se dé probada a los bebés, ya que se usa como complemento dietético"* (pág. 27).

Por otro lado, se realizó un estudio en Oaxaca relacionado con el consumo de alcohol en los habitantes de los pueblos indígenas del estado y se observó que el alcohol tiene una función social, festiva, además de proporcionar calor en los lugares en donde las temperaturas son bajas. Se encontró que en lugares de extrema pobreza se bebe alcohol de 96° y que las madres, en su desesperación por calmar el hambre del niño, le dan a probar mezcal o pulque. Se observa que para el consumo de alcohol en la población de estudiantes adolescentes, no existen reglas claras (García Fernández, 2002).

Polakoff y Vargas (2002) realizaron un estudio en San Juan Chamula, Chiapas, en donde uno de los objetivos manifiestos era documentar los efectos directos e indirectos del consumo de alcohol en esta comunidad.

Se observó que los efectos recaían particularmente en las mujeres. La bebida alcohólica consumida es el *posh*. San Juan Chamula es un pueblo que ha sufrido una gran invasión física e ideológica, razón por la que es receloso de todo lo externo, del turismo, de los extranjeros. Se observa una sumisión de las mujeres a sus hombres. Sin embargo, esta comunidad ha sido objeto de estudio de diversos antropólogos interesados en la comprensión de esta cultura. En 1949, el gobierno estableció un monopolio para controlar el *posh*, desatándose así la guerra del *posh*, en la que los indígenas mataban a quienes se entrometían en sus prácticas. Aparece el Instituto Nacional Indigenista como intermediario entre los indígenas y el Estado pero no se logra gran cosa. En 1973, el gobierno prohíbe la venta de alcohol a los indígenas del lugar, como control político, lo que trajo consigo la producción y venta clandestina de bebidas alcohólicas.

Al igual que en otras comunidades, los tzotziles beben alcohol como un acto social religioso, familiar y comunitario. Se bebe para festejar todo evento fuera de lo cotidiano y también por gusto. Las diferencias de género son muy marcadas, ya que los castigos para hombres son menos severos que para las mujeres cuando se intoxican con alcohol. Los habitantes reconocen que con diez cervezas su carácter se vuelve agresivo. Sin embargo, la mezcla del alcohol con el fuego ha traído como consecuencia la muerte de varios bebés, quienes caen al fogón de los brazos de su madre mientras ella bebía. Lo que sigue de este evento es la detención de los padres por unos días y luego la vuelta a la normalidad.

Una característica de los estudios antropológicos es que subrayan la función positiva del consumo de alcohol pero omiten la importancia de los daños que este provoca, excepto autores como Pozas, De la Fuente y Bunzel, quienes han equilibrado estos dos aspectos y han resaltado problemas sociales tan importantes como la dependencia, el control social, la pobreza, el delito, la enfermedad y la muerte. Así mismo, el análisis del efecto del alcohol en las relaciones entre los hombres y las mujeres es un tema bastante delicado al cual se le ha dedicado poco tiempo para su estudio:

...en numerosos grupos indígenas el alcohol sería el principal instrumento de violencia contra las mujeres. Pero para nosotros, dicha violencia es sólo la expresión más dramática del proceso global de la subordinación de la mujer al varón, proceso que es marcado simbólicamente por el alcohol a través de todo el ciclo de vida familiar, que va desde el contrato y las ceremonias matrimoniales, pasando por el ciclo de vida en común en la familia extensa hasta llegar a la muerte. Separar la violencia alcohólica

contra la mujer de todos los ceremoniales alcoholizados que operan en la relación hombre-mujer en el contexto de la comunidad, limita observar y comprender la complejidad y profundidad de este sistema de subordinación marcado en casi todos sus pasos por el alcohol" (Menéndez, 1991, pág. 274).

Las consecuencias del consumo de alcohol del varón recaen generalmente en la mujer. Se observa que el maltrato a la mujer también es consecuencia del abuso de alcohol por parte de los hombres. Es como si las mujeres no tuvieran voz ni voto para decidir el número de hijos que quieren tener o el marido con quien quieren vivir. Se cree que el mejor estado es cuando las mujeres enviudan, es entonces cuando descansan de peleas y agresiones.

A pesar de los problemas que las mujeres cargan, hay quienes pueden rehacer su vida después que su marido fallece. Por ejemplo, hay quienes cambian a la religión evangélica, en la que se prohíbe beber, aunque esto implique ir a vivir a la ciudad, dejar el lugar de origen.

Además de la violencia intrafamiliar, otras variables que están presentes en el fenómeno de estudio son: la pobreza extrema, el analfabetismo y la falta de oportunidades para el desarrollo de la agricultura y la ganadería, lo que contribuye a la migración de la población rural hacia las grandes urbes tanto nacionales como extranjeras.

1.3. El consumo de drogas en el medio rural

Poco se sabe sobre el consumo de drogas en el medio rural, ya que las encuestas de adicciones en el ámbito nacional sólo incluyen datos epidemiológicos de zonas urbanas. Sin embargo se han hecho esfuerzos por conocer este fenómeno en el ámbito rural.

En un estudio de CIJ (1991) se estudiaron cinco tipos de comunidades a saber: una comunidad indígena, plenamente rural; una comunidad indígena con migración a Estados Unidos; una comunidad rural indígena cercana a un centro turístico, una comunidad indígena en proceso de pérdida de lengua; una comunidad campesina con migración a Estados Unidos; una comunidad campesina con migración a centros urbanos (industriales o comerciales); una comunidad de agricultores cercana a la frontera norte mexicana; una comunidad campesino-comercial cercana a la ciudad de México. Esta investigación trató de observar si el consumo de drogas como problema social y de salud pública no es un elemento propio de las comunidades rurales. Se revisan los factores de riesgo (aquellos que propician cambios que afectan la identidad cultural y la cohesión social tales como la inmigración, los agentes externos, los medios masivos de comunicación, el narcotráfico) así como los factores protectores (aquellos que propician el robustecimiento de la identidad cultural y social (preservación de tradiciones, ritos, sistemas de organización social, trabajo comunal, festejos comunitarios, lengua, etc.).

Los resultados de este estudio muestran que las comunidades en donde se presentó consumo de drogas han sufrido un proceso de transculturación que trae como consecuencia el debilitamiento de la cohesión social e identidad cultural. Los jóvenes representan una vía de entrada de valores distintos en comparación con los valores tradicionales de la comunidad. La presencia de turismo, la migración y la dificultad para mantener la actividad económica basada en actividades agrícolas, son factores que se entremezclan para dar explicación al fenómeno de la farmacodependencia en estas poblaciones rurales.

Conclusión

A pesar de los avances que se han logrado en otras áreas del conocimiento humano, la investigación sobre el consumo de alcohol en zonas rurales e indígenas en México es un tema poco abordado.

Ante este panorama ¿cuáles son los retos a resolver? Existen diversos retos a superar por parte de la comunidad interesada en el tema:

- Considerar el contexto histórico en el que se ha tenido lugar una conducta como el consumo de alcohol en México proporciona una visión diferente al hacer un acercamiento al estudio de las comunidades rurales e indígenas.
- El abuso de alcohol y otras drogas es una construcción cultural en cualquier sociedad y no sólo en los pueblos indígenas. Por lo que se recomienda tomar en cuenta la tradición de los estudios antropológicos para la elaboración de programas de salud.

- Considerar el sistema de creencias que mantienen determinados comportamientos en los integrantes de las comunidades rurales.
- Analizar la función que tiene el consumo de alcohol y drogas en las culturas indígenas.
- Observar la existencia de variables como la migración. Dadas las condiciones imperantes de un sistema capitalista, son cada vez más los campesinos que tienen que abandonar sus tierras para emigrar a las grandes ciudades en busca de una oportunidad para subsistir debido a que trabajar el campo no ayuda a cubrir las necesidades básicas indispensables.
- Resolver la falta de oportunidades de desarrollo para las personas que viven en el medio rural, ya que los beneficios no son iguales para todos los habitantes de estas comunidades.
- El alcoholismo puede ser el resultado de problemas ancestrales como la repartición inequitativa de los recursos naturales y económicos de un país.
- Buscar la aplicación de la metodología más adecuada que permita acercarse fielmente al problema de estudio, así como crear instrumentos de medición confiables.
- Tomar en cuenta el trabajo de la comunidad en su totalidad, mediante una apertura, una colaboración y una integración de todos los habitantes de la zona así como del personal de asistencia y profesionales que se encuentran en la comunidad.
- Una necesidad muy sentida no sólo en el campo sino también en la ciudad, es la promoción de espacios que brinden alternativas ocupacionales y recreativas diferentes, ya que al encauzar de forma adecuada el potencial humano, se previenen problemas de salud como las adicciones.
- El abandono del campo trajo consigo el desempleo, la migración, el abandono familiar, el rechazo de la cultura de origen, de los valores y las costumbres tradicionales y la adopción de costumbres urbanas que han degenerado en grandes problemas de salud como lo es el abuso de bebidas alcohólicas y de drogas.

A pesar de toda la riqueza cultural de los pueblos indígenas, estos se enfrentan a una realidad sumamente difícil y llena de conflictos dados por las normas comunitarias, sociales y los viejos problemas y desafíos que tienen que ver con la ruptura de dichas normas, la esclavitud, la opresión de un sistema capitalista, la dependencia, la falta de respeto a su dignidad como personas y la expropiación de lo más básico para vivir: su tierra.

La psicología como ciencia social y ciencia del comportamiento humano, tiene mucho que ofrecer para la comprensión, el estudio y la intervención en zonas rurales e indígenas.

Capítulo II.

Experiencia Profesional y Habilidades adquiridas en el Proceso Educativo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A lo largo de los cuatro semestres de la maestría en adicciones, se tuvo la oportunidad de conocer diferentes abordajes teóricos y metodológicos para el estudio de las adicciones. A continuación se describen las actividades llevadas a cabo en el transcurso de cada semestre así como las habilidades y competencias adquiridas durante el proceso educativo.

1. Primer Semestre

1.1. Formación teórica

En este semestre se hizo una revisión de la aproximación psicosocial al fenómeno de las adicciones y entre otras cosas, se analizó la importancia del manejo de variables psicosociales. Se asistió a los siguientes seminarios:

a) Seminario de tópicos selectos en adicciones

En este seminario se revisaron teorías etiológicas contenidas en los principales paradigmas para comprender el fenómeno de la farmacodependencia, desde las teorías genéticas, pasando por las teorías cognitivo-conductuales, las teorías socioculturales y las psicosociales.

Un aspecto relevante del seminario fue la revisión de la investigación en adicciones que se ha llevado a cabo por investigadores mexicanos en el Instituto Nacional de Psiquiatría, ya que se observó la variedad de áreas en investigación como por ejemplo, la investigación en heroína, cocaína, violencia y adicciones, adicciones y género, familia del adicto, niños en situación de calle. Se observaron aspectos legales y políticos y su implicación con las adicciones.

b) Seminario de Introducción a la Epidemiología de las Adicciones en México

En este seminario se analizó la importancia del enfoque epidemiológico para comprender un tema como las adicciones, los conceptos básicos para la interpretación de la situación actual de las adicciones en México. Se revisaron los resultados de varias encuestas nacionales e internacionales, así como la situación actual y perspectivas de la investigación epidemiológica en México.

c) Seminario de Análisis Experimental de la Conducta y Análisis Conductual Aplicado.

Este seminario tuvo como objetivo analizar las bases teóricas, conceptuales del Análisis Experimental de la Conducta así como la importancia del Análisis Conductual aplicado en la intervención de conductas adictivas. Así mismo, se discutió, analizó y evaluó el modelo de intervención cognoscitivo-conductual en el área de adicciones.

d) Seminario de procesos básicos

En este seminario se revisaron las funciones superiores básicas de la conducta humana y su relación con las conductas adictivas.

1.2. Programa de Residencia

Durante el primer semestre de la maestría, la parte práctica realizada en la residencia se enfocó en la investigación psicosocial que se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría en donde se tuvo la oportunidad de participar en el proyecto denominado "Familia, Abandono y/o Abuso de Inhalables", apoyado por el Fideicomiso de Solventes Inhalables (FISI), cuya titular fue la Mtra. Guillermina Natera.

En este estudio se abordó un problema prioritario de salud pública: el abuso de solventes. Fue así como se hizo una revisión de los estudios realizados bajo este rubro y se encontró que desde el principio de la década de los setentas se han realizado estudios con el objeto de conocer la magnitud y tendencias de este problema, las que ya se mencionan en el primer capítulo de la presente obra.

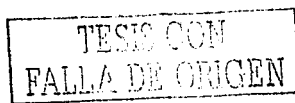
Este proyecto deriva de una invitación de la Organización Mundial de la Salud al Instituto Mexicano de Psiquiatría para colaborar en un proyecto internacional que pretende describir el problema de la inhalación de disolventes industriales entre niños de la calle, en diferentes países, con el fin de proponer y evaluar estrategias de intervención.

La relevancia de hacer investigación en este campo radica en los resultados revelados por los estudios de corte antropológico que han documentado la vida de estos menores en las calles y su relación con las instituciones (Gutierrez y cols, 1991, 1992). Sin embargo la mayor parte de estos estudios o bien no han profundizado en el papel que juega la inhalación en la vida de los niños, en las estrategias de supervivencia y en las consecuencias sociales y de salud, o fueron realizados hace dos décadas (Leal y cols., 1977, 1982). El conocimiento sobre el consumo de sustancias inhalables en niños de la calle es aún insuficiente, para facilitar la labor de los organismos que actualmente prestan servicios a los niños callejeros, sobre todo para desarrollar estrategias de prevención y de disminución de riesgos, evaluación y tratamiento de los problemas asociados a la inhalación de solventes en esa población.

Es necesario conocer las experiencias de violencia en el contexto familiar, así como identificar los problemas de tipo psicosocial que presentan estas familias y los mecanismos que utilizan para enfrentarlos, estableciendo una comparación entre las familias que "expulsan" a sus miembros del hogar y aquellas cuyos miembros permanecen en esta.

El objetivo del presente proyecto fue estudiar la dinámica psicosocial, los problemas y mecanismos de enfrentamiento que utilizan las familias expulsoras de menores consumidores de inhalables, en comparación con familias que viven en similares condiciones de pobreza y marginación, pero que no "expulsan" al menor inhalador para proponer programas de prevención y asistencia adecuados para este grupo.

Con la finalidad de estudiar a la familia de origen de los menores, se estudiaron 10 familias "expulsoras" y 10 familias control, a través de estudios de caso a profundidad. Los instrumentos empleados fueron las entrevistas a profundidad basadas en guías temáticas. Las entrevistas fueron aplicadas de forma individual y familiar en algunos casos. El objetivo de la entrevista era indagar acerca de los mecanismos de



enfrentamiento al estrés que utiliza la familia, así como explorar las áreas de ambiente familiar, laboral, social y ambiental. Las entrevistas fueron grabadas en audiocassette, con el previo consentimiento de los participantes. Posteriormente se hizo una breve devolución a los participantes de los resultados encontrados con fines de orientación y referencia hacia algunos sistemas de apoyo a los cuales ellos pudieron acudir.

El presente proyecto aún se encuentra en proceso de estudio. Se espera dar continuidad al mismo a través del análisis cualitativo de las entrevistas. El producto final es la realización de un manual de apoyo para las familias de niños en riesgo de ir a la calle, con lo que se haría prevención a una población con necesidades prioritarias de atención.

Como actividades complementarias durante el primer semestre de la maestría, se asistió a la Reunión de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría, del 20 al 22 de Septiembre del 2000, así como al Curso de actualización en los problemas del uso de alcohol y otras sustancias adictivas. Del 23 al 27 de octubre del 2000 en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

1.3. Habilidades y competencias adquiridas

Como resultado de la residencia en adicciones durante el primer semestre, se obtuvieron las siguientes habilidades:

- Habilidades para la realización de investigación psicosocial en la problemática de las adicciones a través de sus diferentes abordajes metodológicos.
- Conocimiento teórico de la problemática psicosocial de las adicciones.
- Conocimiento de los principales conceptos aplicados a la investigación epidemiológica.
- Habilidades necesarias para identificar áreas posibles de investigación, así como herramientas para abordar el fenómeno de las adicciones y la experiencia en investigación en el campo específico del proyecto de investigación elegido.
- Lectura y revisión bibliográfica de artículos sobre metodología cualitativa para conocer la naturaleza de la investigación, los antecedentes, fundamentos filosóficos y procesos metodológicos.
- Lectura de entrevistas para entrar al proceso de análisis de datos de datos de acuerdo con la metodología cualitativa.
- Categorización de entrevistas, como herramienta fundamental de la teoría fundamentada para el análisis de datos.
- Codificación de entrevistas de acuerdo con la lista de categorías que fue elaborada por el equipo de trabajo.
- Escritura de reportes de investigación para complementar, reestructurar, afinar y redefinir las categorías.
- Análisis de las entrevistas para su posterior análisis en el programa Ethnograph.
- Participación en reuniones de trabajo relacionado con el análisis cualitativo de las entrevistas.

2. Segundo semestre

2.1. Formación teórica

Este semestre se orientó a la parte práctica, que fue apoyada con los siguientes seminarios:

a) Seminario de Bases psicológicas de las adicciones

En este curso se revisaron diversas investigaciones que han tenido lugar en el ámbito psicológico para comprender las conductas adictivas.

b) Seminario de Temas selectos en Adicciones

El objetivo de este seminario fue hacer una revisión de los mecanismos de acción de las drogas a nivel físico y psicológico.

c) Seminario de Economía Conductual

El objetivo de este seminario fue conocer las ideas fundamentales de la microeconomía para explicar el comportamiento económico de los humanos, el cual involucra variables como el ingreso, los costos y los precios. De esta forma, la conducta económica se explicó en términos de aseveraciones, postulados o axiomas de acuerdo con Stephen, Lea & Tarp (1987). El enfoque económico puede aplicarse a la conducta humana porque diariamente la gente toma decisiones que le reditúan un costo o ganancia de tipo físico, emocional, social.

El enfoque económico puede verse como un marco de referencia unificado para el entendimiento de la conducta humana (Vázquez, 1988).

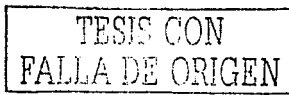
Posteriormente, se trasladaron los principios de la economía conductual a la comprensión de las conductas adictivas. Los principios de economía conductual ayudan a evaluar la conducta adictiva y proponen estrategias de intervención empíricamente validadas.

2.2. Programa de Residencia

En el segundo semestre se continuó trabajando con el proyecto FISI llevado a cabo en el Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría. Se retomó el análisis de las entrevistas a profundidad y se hizo un trabajo más amplio utilizando el método cualitativo denominado teoría fundamentada. Al respecto, se tuvo la oportunidad de conocer más ampliamente las implicaciones que tiene la investigación de tipo cualitativo en el quehacer de las adicciones.

Por otro lado, se inició la participación en el Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema de la Facultad de Psicología. En primer lugar, recibí capacitación sobre los fundamentos teóricos y metodológicos del Programa de Autocambio dirigido para bebedores problema.

Posteriormente participé en el área de Supervisión del Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema. Asistí a una Clínica de Medicina Familiar del IMSS con el fin de supervisar a los profesionales de la salud que estuvieran aplicando el Modelo de



Autocambio Dirigido para Bebedores Problema. Se observó que existen dificultades para implementar el programa dentro de la clínica, como por ejemplo la falta de tiempo en la jornada laboral de los médicos para explorar la existencia de alguna adicción en los pacientes. Por tanto, es necesario establecer y reforzar los lazos de cooperación con el personal que labora en las clínicas del Seguro Social a fin de cubrir la atención a las conductas adictivas de los pacientes que se presenten. Se ha demostrado que los esfuerzos dedicados a la prevención primaria de los trastornos por consumo de sustancias son más efectivos, ya que ahorran el gasto de intervenciones más sofisticadas de tercer nivel de atención y le permiten al paciente corregir su estilo de vida.

2.3. Habilidades y competencias adquiridas

- Habilidades de investigación con la participación en el proyecto FISI, en el que se tuvo la oportunidad de practicar la metodología cualitativa para el estudio de casos.
- Conocimiento del enfoque económico y su relación con las conductas adictivas.
- Trabajo en equipo para la revisión de los avances de la investigación del proyecto FISI.
- Conocimiento de programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo-conductual para la reducción de daños asociados con el consumo de sustancias adictivas.
- Conocimiento del Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema, mediante la observación de la aplicación del mismo, el estudio de casos y la revisión bibliográfica de los autores que crearon y adaptaron el programa a México.
- Habilidades de manejo clínico.
- Habilidades de comunicación con otros profesionales de la salud, para fomentar la cooperación entre la clínica de salud del IMSS a la que asistí y la Facultad de Psicología a fin de capacitar, supervisar y disseminar el Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.

3. Tercer semestre

Este semestre el énfasis estuvo puesto en la práctica, ya que se tuvo la oportunidad de empezar a llevar casos a los que se aplicó el Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.

Así mismo, se profundizó en el conocimiento de un modelo de intervención comunitaria y la posibilidad de la adaptación para México.

3.1. Formación teórica

Durante el tercer semestre de la maestría, se asistió a los siguientes seminarios:

a) Seminario de Modelos de Tratamiento de Conductas Adictivas

En este seminario se revisó cada uno de los modelos que se están desarrollando actualmente en la Facultad de Psicología para el tratamiento de las conductas adictivas. Los ponentes fueron los responsables de cada uno de los proyectos a desarrollar en el doctorado. En un principio se revisaron las bases teóricas de la Teoría del Aprendizaje Social, la Entrevista Motivacional, el Análisis Funcional de la Conducta y el Autocontrol, pilares básicos para el Modelo de Autocambio dirigido para Bebedores Problema y para todos los programas arriba mencionados, siguiendo el enfoque cognitivo conductual para el tratamiento de adicciones. Posteriormente se estudiaron los modelos preventivos, el modelo Cognitivo Conductual, el modelo de Prevención de Recaidas, el modelo de Intervención Comunitaria, el modelo de Intervención para Usuarios de Cocaína y el modelo de Intervención para Usuarios Crónicos

b) Seminario de Supervisión de Casos Clínicos

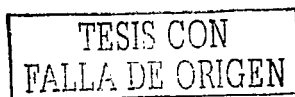
El objetivo del presente seminario fue retomar el proceso de supervisión de los casos clínicos que llevé durante el semestre. Además se revisaron aspectos del manejo clínico como la alianza terapéutica, la relación terapeuta paciente, así como las dificultades particulares debidas a la etapa de desarrollo de cada paciente. Se recibió retroalimentación tanto de los compañeros de la maestría como del profesor a fin de mejorar la calidad de la intervención y la aplicación integral del programa.

c) Seminario de Técnicas de Evaluación en Adicciones

El objetivo de este seminario fue conocer las diferentes formas de evaluar problemas relacionados con el uso y abuso de alcohol a fin de poder establecer marcadores fisiológicos, biológicos, psicológicos y de contexto que permitan elaborar un diagnóstico más eficaz de los usuarios de alcohol. Se analizaron las dificultades metodológicas concernientes a la evaluación en adicciones y se revisaron propuestas actuales para la medición eficaz en este campo.

d) Seminario de Políticas en Adicciones

En este seminario, el objetivo fue conocer las políticas públicas en materia de salud y adicciones a las drogas y al alcohol.



e) Seminario de Farmacología de las Adicciones

Los objetivos alcanzados en este seminario fueron: el estudio de las bases farmacológicas de las drogas psicoactivas en el ser humano y la observación de lineamientos para el diagnóstico y tratamiento del uso y abuso de las sustancias psicoactivas.

3.2. Programa de residencia

En este semestre se empezaron a llevar casos clínicos del Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema, en donde se tuvo la oportunidad de poner en práctica mucho de lo aprendido en los semestres anteriores referente a la teoría que sustenta dicho programa de enfoque cognitivo conductual.

Así mismo, se tuvo la oportunidad de observar el trabajo clínico tanto de otros compañeros como el propio. Atendí a seis personas, de las cuales cuatro cumplieron los criterios de inclusión al programa de bebedores problema y quienes terminaron satisfactoriamente el programa de tratamiento. Posteriormente se les hizo seguimiento hasta los seis meses. Así mismo, recibí supervisión de dichos casos y con ello afiancé la práctica del Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.

Por otro lado, a los dos pacientes que no fueron aceptados en el programa se les canalizó al programa de tratamiento para usuarios crónicos de la Facultad de Psicología.

En este semestre se participó también en el proyecto de comunidad para la prevención universal de conductas adictivas. Dicho proyecto se encontraba en una etapa de inicio, en donde la mayor parte del tiempo se hizo revisiones bibliográficas y reuniones de estudio con los coordinadores. Por otro lado se observó la pertinencia de ensamblar en la intervención comunitaria varios proyectos, como por ejemplo el fortalecimiento y empoderamiento de los líderes comunitarios, o líderes naturales, o el trabajo con escuelas y padres de familia.

Dentro de otras actividades complementarias realizadas en el tercer semestre, asistí a una conferencia sobre alcohol en el medio rural, llevado a cabo en FISAC.

Otra de las actividades que enriquecieron mi aprendizaje en este semestre fue asistir a la Conferencia Binacional México-Estados Unidos, del 14 al 16 de Noviembre del 2001 en México D.F., en donde participé junto con mis compañeros de la maestría como relatora en el simposio de investigación por invitación de la Mtra. Haydée Rosovsky.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3. Habilidades y competencias adquiridas

- Habilidades de manejo clínico para tratar con los usuarios del Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.
- Participación como coterapeuta durante el entrenamiento en el Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.
- Observación de casos clínicos en cámaras de gessell.
- Conocimiento del Modelo de Movilización y Empoderamiento Comunitario de Fawcett et al., (1995).
- Habilidades de trabajo de grupo para la participación en el proyecto de Movilización y Empoderamiento Comunitario para la prevención de conductas adictivas en una comunidad urbana.
- Habilidades de comunicación interpersonal para la planeación del trabajo en equipo.
- Habilidades de organización y cooperación con el equipo de trabajo y con los miembros de la comunidad.
- Habilidades de docencia para la presentación del proyecto a nuevos participantes becarios de la Facultad de Psicología.
- Planeación de estrategias de intervención comunitaria para la prevención de conductas adictivas.
- Manejo de bases de datos para la búsqueda de información bibliográfica.
- Escritura y redacción de informes de investigación.

4. Cuarto semestre

Este semestre estuvo orientado al trabajo con el Modelo de Intervención Comunitaria para la prevención de conductas adictivas en

4.1. Formación teórica

a) Seminario de Psicología Comunitaria

El seminario de psicología comunitaria tuvo como objetivo profundizar acerca de las bases teóricas del modelo de intervención comunitaria de Fawcett et al. (1995), con la finalidad de conocerlo en su totalidad para derivar estrategias de intervención para la prevención de conductas adictivas en una comunidad urbana al sur de la Ciudad de México.

b) Seminario de Comunicación Comunitaria

El objetivo de este seminario fue adquirir habilidades para facilitar la comunicación en una comunidad. Mediante el mismo, se conocieron diferentes estrategias para utilizarlas dentro del campo de la promoción de salud en ámbitos comunitarios.

c) Seminario de Casos Clínicos

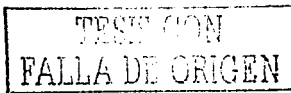
En este seminario el objetivo fue esclarecer las estrategias de tratamiento de acuerdo con el Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema llevado a cabo en la Facultad de Psicología de la UNAM. Recibí supervisión de los casos clínicos.

4.2. Programa de residencia

Se llevó el seguimiento de los casos llevados el semestre anterior a quienes se le aplicó el Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema. Así mismo, se participó en la promoción del mismo modelo dentro de una comunidad urbana al sur de la ciudad. Por otra parte se canalizó a una persona al programa de cocaína.

En este semestre realicé parte de la residencia en adicciones en la Dirección General Técnica del Consejo Nacional Contra las Adicciones. Al inicio del semestre fui presentada con los responsables de los diferentes proyectos y subproyectos en adicciones. En esta etapa participé en el subproyecto referente a la prevención de adicciones en poblaciones vulnerables, por lo tanto, en un principio realicé una revisión bibliográfica sobre grupos vulnerables y cambio social así como de los diferentes programas nacionales contra las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas que son elaborados por esta instancia de la Secretaría de Salud. Así mismo, se analizaron varias propuestas de prevención de adicciones a nivel nacional.

Por otro lado, en la Facultad de Psicología se continuó trabajando en el proyecto de Movilización y Empoderamiento Comunitario para la prevención universal de conductas adictivas, en donde se observó la posibilidad de trabajar a la par el tema propuesto por el CONADIC de poblaciones vulnerables dentro de la comunidad al sur de la ciudad. Por tanto, se elaboró un trabajo de campo para la prevención de adicciones en población vulnerable en el Centro de Salud "Dr. David Fragoso Lizalde", perteneciente a la Secretaría de Salud en la Delegación Tlalpan, en donde se aplicó un instrumento de evaluación. El motivo por el que se eligió trabajar en una clínica de salud fue por las



facilidades otorgadas por las autoridades del centro de salud para entrevistar a los pacientes que asistían. Se observó que la población que mayormente asistía eran las mujeres y los niños.

El mayor tiempo de la residencia en este semestre fue dedicado al trabajo en comunidad, en el que se hicieron las siguientes actividades: visita de la zona geográfica para levantar un mapeo ecológico así como para tener un reconocimiento de la zona. Se asistió a juntas con líderes naturales de la comunidad, como el párroco y sus colaboradores con el fin de dar a conocer el proyecto a la zona. Así mismo, se asistió a misas para invitar a la gente a participar en las encuestas de opinión y grupos de encuentro para hablar sobre el tema de las adicciones en su comunidad. Posteriormente, se hizo una aplicación de encuestas para observar los diferentes problemas derivados del consumo de alcohol y drogas. Los detalles de este ejercicio se encuentran en el capítulo cuatro de la presente obra.

En este semestre se continuaron las búsquedas bibliográficas sobre intervenciones comunitarias para la prevención de conductas adictivas (ver anexo A) con la finalidad de ampliar el marco de referencia existente y enriquecer el proyecto de Movilización y Empoderamiento Comunitario para la Prevención de Conductas Adictivas en una Comunidad Urbana. Así mismo, se llevó a cabo la traducción de un manual de Prevención del Abuso de Sustancias en Adolescentes: una guía para la planeación de acciones para iniciativas basadas en la comunidad (Fawcett, Paine-Andrews, Francisco, Richter, Lewis, Williams, Harris, Winter-Green, 1994).

Otras actividades que realicé durante este semestre fue la asistencia a la conferencia sobre "Alcohol y cáncer", en FISAC.

4.3. Habilidades y competencias adquiridas

- A lo largo de los cuatro semestres de la maestría con residencia en adicciones, se tuvo la oportunidad de aprender las bases teóricas y metodológicas del Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema. Además se puso en práctica el programa gracias a la participación de algunos usuarios con lo que se experimentó personalmente los alcances del programa para el tratamiento de la adicción al alcohol.
- Se practicó la habilidad de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1991), como herramienta fundamental para el inicio de un proceso de cambio personal, en este caso, de modificación de conducta adictiva. Dentro de las habilidades que la entrevista motivacional demanda del terapeuta están: la escucha reflexiva, la escucha activa, el reflejo de pensamientos, emociones y actitudes, así como observar al cliente como una persona que se encuentra en disonancia cognoscitiva, la que hay que resolver para poder avanzar en dicho proceso de cambio.
- Así mismo, se tuvo la oportunidad de observar personalmente a compañeros y maestros ya entrenados en la aplicación del programa de auto-cambio dirigido, lo que representó un aprendizaje significativo de los procedimientos técnicos para cada sesión de intervención.

- Una de las habilidades más importantes aprendidas fue poder identificar la diferencia entre un bebedor problema y un alcohólico y a partir de esta diferenciación establecer intervenciones diferentes para ambos usuarios.
- Se pudo constatar que el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema es un programa ampliamente optimista, ya que recobra los recursos internos de la propia persona para su propia recuperación. Esto significa que la persona se fortalece y se hace independiente al iniciar un cambio en su estilo de vida que le reportará mayor bienestar para sí mismo y para las personas que lo rodean.
- En lo referente a las habilidades adquiridas durante mi participación en el CONADIC, observé la importancia del trabajo en equipo, la coordinación de esfuerzos y la lluvia de ideas de los miembros para lograr nuevas propuestas de intervención en los ámbitos de la prevención y el tratamiento de las adicciones.
- Por otro lado, con la participación que se tuvo en este proyecto de comunidad, se tuvo la oportunidad de adquirir conocimientos teóricos y prácticos respecto al papel de la psicología comunitaria frente a la prevención de conductas adictivas. Para ello se revisó el modelo de movilización y empoderamiento comunitario lo cual se considera en sí misma una experiencia totalmente enriquecedora, ya que después de haber conocido los detalles del modelo se llevó a la práctica la primera fase de la intervención comunitaria.
- Respecto al trabajo comunitario, se tuvo la oportunidad de poner en práctica habilidades de comunicación interpersonal para interactuar con el grupo de investigación por un lado y con los miembros de la comunidad por otro lado.
- Se practicó la habilidad de la entrevista a informantes clave dentro de la comunidad.
- Otra habilidad practicada ampliamente durante el trabajo comunitario fue la habilidad de observación y escucha a las personas que habitan la comunidad en estudio, ya que al interactuar con estas en su medio y estar abierta a los estímulos percibidos, uno mismo como investigador puede experimentar las condiciones, situaciones y circunstancias que rodean al objeto de estudio: el individuo y su interacción con la comunidad frente a un problema de adicción.
- Se pudo apreciar la importancia de la Psicología Comunitaria, la Psicología Social y la Psicología Ambiental, que unidas al quehacer del psicólogo clínico, son herramientas que nos permiten hacer un acercamiento más realista para dar respuesta a las necesidades de las personas.
- Aprendí a observar la importancia del trabajo del psicólogo en el escenario comunitario como un lugar para realizar intervenciones efectivas, que puedan llegar a un mayor número de personas y que sean accesibles.
- El trabajo realizado en la comunidad sirvió para confirmar que un problema tan complejo como son las adicciones, requiere de un esfuerzo que abarque varias áreas, varias disciplinas, de forma que permita integrar al unisono los esfuerzos de diferentes actores para la consecución de un solo objetivo: el desarrollo de ambientes saludables.
- Finalmente, una de las tareas fundamentales es desarrollar la capacidad de la observación y la sensibilidad (Fawcett, 1990) para involucrar a las poblaciones afectadas en los esfuerzos necesarios para lograr el cambio, ya que son estas algunas de las características que distinguen a un profesional que ejerza la psicología comunitaria.

Capítulo III.

Proyecto de investigación experimental, aplicada y de proceso en el área de adicciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como parte de las actividades de residencia, se desarrollaron actividades de investigación durante los semestres tercero y cuarto de la maestría. Se participó en el subproyecto denominado *"Desarrollo y Evaluación de intervenciones preventivas para comportamientos adictivos en comunidades urbanas y rurales en México"* (Proyecto CONACYT G36266-H), dirigido por la Maestra Jennifer Lira Mandujano, en donde también participaron otras alumnas de licenciatura y maestría en Psicología de la Facultad de Psicología. En el presente capítulo se describe la investigación llevada a cabo, entendiendo esta como el reporte derivado de una primera aproximación al fenómeno de estudio, la cual no es conclusiva.

Programa de Movilización y Empoderamiento Comunitario para la Prevención de Conductas Adictivas en una Comunidad Urbana

Elsa García Gómez

1. Antecedentes

El Programa de Movilización y Empoderamiento Comunitario (Fawcett, 1995), ha sido utilizado previamente utilizado en México para incidir en problemas de conducta agresiva en niños y sus familias y el maltrato infantil (Ayala y Vázquez, 2001) en donde se ha reportado éxito. Al contar con este antecedente, se pensó en utilizar este mismo modelo para la prevención de conductas adictivas en comunidades rurales y urbanas.

A continuación se describe el punto de partida de modelo utilizado en la siguiente investigación.

La salud no sólo individual sino también social es una necesidad del desarrollo humano, que adquiere relevancia fundamental y forma parte de los objetivos que han de alcanzar aquellos que quieren construir una sociedad sana.

La salud es definida a menudo (OMS, 2000) en términos individuales y físicos con énfasis explícito en la salud del cuerpo o la mente y la libertad de enfermedad. Los análisis que definen a la salud simplemente como la ausencia de enfermedad o daño personal, sin embargo, dan poco o ninguna consideración a los problemas del bienestar colectivo, por ejemplo, la cohesión social y el sentido de comunidad), estados óptimos de bienestar (por ejemplo, fuertes sentimientos de compromiso personal hacia el medio social y físico).

"Hipócrates, en el siglo V A.C., aconsejaba a la gente que emigraba a una nueva ciudad, que evaluara si este era un lugar saludable o no saludable para vivir. El sugería examinar la geografía y el tipo de agua -¿era 'blanda, dura o salada?'. También aconsejaba observar la conducta de sus habitantes -'si estos eran amantes de la comida y la bebida excesiva o propensos a la indolencia, o si eran amantes del ejercicio y del trabajo duro'. ... aproximación que ahora podemos volver a enfatizar, en los inicios del siglo veintuno". (Abrahms, Lewis, en Mariatt, 1998, pp. ix).

Ante un problema de salud pública como lo es el abuso de bebidas alcohólicas, diferentes aproximaciones teóricas han aportado su punto de vista para dar solución. Las propuestas para la promoción de salud surgen de las Conferencias Internacionales sobre Promoción de Salud, organizadas por la Organización Mundial de la Salud, exhortan a los países del mundo a trabajar juntos por un derecho y equidad en el tema

de salud. Como resultado de esto se encuentran las cartas de promoción de salud emanadas de las Conferencias Internacionales para la Promoción de la Salud. Es así como en 1978, la declaración de Alma-Ata menciona que "la llave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 es la atención primaria a la salud" y esta debe ser dirigida a los principales problemas sanitarios de la comunidad, proporcionando servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Como prerrequisitos para lograr dichos objetivos en el área de atención primaria a la salud, tres aspectos deben considerarse: 1) la aproximación de diferentes sectores, 2) la participación de la comunidad y 3) el uso de la tecnología apropiada.

A partir de la Primera Conferencia Internacional en promoción de salud en países industrializados celebrada en Ottawa en 1986, se propusieron las siguientes cinco áreas de acción: 1) Reforzar la acción comunitaria, 2) desarrollar aptitudes personales, 3) crear ambientes favorables, 4) actuar como mediador, 5) proporcionar el concepto, proporcionar medios, reorientar servicios de salud.

Otro aspecto importante de la Conferencia de Ottawa es la propuesta de emplear al empoderamiento comunitario como un tema central para la promoción de salud, cuyas raíces vienen de la psicología comunitaria, la organización comunitaria y la educación liberal. Posteriormente, otras conferencias internacionales de promoción de salud, como las llevadas a cabo en las declaraciones de Sundsvall (1991), Adelaide (1988) y Jakarta (1997), México (2000) refuerzan el concepto de empoderamiento. Hoy en día este sigue siendo tan relevante como lo era hace más de una década. La literatura alrededor de la promoción de la salud se ha trasladado con otras perspectivas teóricas, tales como la capacidad comunitaria y el capital social, aunque permanezca aún el problema de hacer del empoderamiento comunitario un concepto operacional dentro de un contexto, ya que la dificultad primordial es cómo medirlo e implementarlo como parte de una estrategia de la promoción de salud (Laverack & Wallerstein, 2001).

Poco después, en la Tercera Conferencia Internacional en Promoción de Salud, también conocida como la Conferencia Sundsvall en Junio de 1991, donde se exhortó a los países del mundo al compromiso para la creación de "ambientes de apoyo para la salud". Se hizo un llamado a los creadores de políticas y tomadores de decisiones en todos los sectores y niveles para trabajar en pro de la salud, el ambiente y la justicia social, mediante el fortalecimiento de un sistema de cooperación en donde se estuviera realmente comprometido con el desarrollo sustentable y la equidad, ya que un ambiente de apoyo es condición necesaria para la salud. Las dimensiones para la acción propuestas para crear ambientes de apoyo para la salud son:

1. La dimensión social, que incluye las formas en que las normas, las costumbres, los valores, la herencia cultural y los procesos sociales afectan a la salud.
2. La dimensión política, que requiere que los gobiernos garanticen una participación democrática en la toma de decisiones, así como la descentralización de responsabilidades y recursos. Requiere de un compromiso para preservar los derechos humanos, la paz y el desarme.
3. La dimensión económica, que requiere de un replanteamiento de recursos para el logro de una salud para todos y un desarrollo sustentable con tecnología confiable.
4. La equidad de género referente a la necesidad de reconocer y utilizar el conocimiento y talento de las mujeres en todos los sectores, incluyendo lugares que involucren la toma de decisiones y la economía.

Se propusieron dos vertientes para la acción: la equidad y la acción pública. La equidad debe ser una prioridad básica para la creación de ambientes saludables al incluir a todos los seres humanos y al asegurar una distribución igualitaria entre todos así como un compromiso para aliviar las necesidades de los más pobres; por otro lado, la acción pública para los ambientes saludables busca reconocer la interdependencia de todos los seres humanos con los recursos naturales y la preservación de estos para las futuras generaciones.

Así mismo, se observaron cuatro estrategias clave para la promoción y creación de ambientes saludables a nivel comunitario:

1. Fortalecer la defensa a través de la *acción comunitaria*, particularmente a través de grupos organizados por mujeres.
2. Habilitar a las comunidades e individuos para que tomen el control de su salud y de su ambiente a través de la educación y el empoderamiento.
3. Construir alianzas para crear ambientes saludables a fin de fortalecer la cooperación de campañas y estrategias para preservar la salud.
4. Mediar los conflictos de intereses de la sociedad para asegurar un acceso equitativo a los ambientes saludables.

Vivimos en una era atestada de descubrimientos tecnológicos, recursos naturales degradados y la amenaza del conflicto global. El reto de nuestro tiempo es establecer y mantener ambientes saludables. Todavía muchas regiones del mundo continúan plagadas por la guerra, millones de personas del tercer mundo son saqueadas por la enfermedad y el hambre y la gente de las naciones industrializadas están volviendo su atención a los costos de salud resultantes de su exposición a la contaminación ambiental y a otros productos de alta tecnología.

Estos dilemas globales hacen las tareas de crear y mantener ambientes saludables quizás inalcanzables. Sin embargo, es importante que los esfuerzos para tomar una acción constructiva a niveles locales y regionales no sean detenidos por la complejidad y severidad de los problemas globales ambientales. Ciertamente, mucho progreso puede ser realizado a niveles locales hacia el establecimiento de ambientes más saludables. La aproximación de "pequeños ganadores" a los problemas sociales sugiere que así como se han incrementado los esfuerzos en promoción de la salud y en promoción del ambiente, los esfuerzos son adoptados por las comunidades locales y pueden ejercer una influencia positiva, gradual, influencia en la calidad y salubridad del ambiente global.

Los análisis teóricos de tales conceptos clave como salud, promoción de la salud y ambientes saludables son prerrequisitos esenciales para el desarrollo de un efectivo diseño ambiental así como programas de política pública para crear alrededores saludables. Una revisión de la literatura en investigación relevante en tales temas de promoción de la salud, estrés ambiental y evaluaciones de riesgo ambiental revelan huecos importantes en nuestra comprensión de tales problemas.

Sin embargo, recientemente Rosovsky y Millé (en prensa), han abordado el tema de la promoción de la salud mental sobre la cual narran la evolución de este paradigma y de los conceptos centrales como la salud y la salud mental. La idea es que se llegue al desarrollo de políticas y programas de promoción de la salud mental con base en la evidencia de intervenciones de promoción de salud que han sido realizadas en los últimos años. Finalmente, estas autoras proponen una serie de análisis críticos y

perspectivas para la acción. De tal forma que la salud mental mejora la salud física y promueve el bienestar, previene o reduce el riesgo de algunos problemas de salud mental, especialmente los desórdenes de la conducta, la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias; contribuye a la recuperación de los problemas mentales y con ello mejora los servicios de salud mental y la calidad de vida de las personas.

Rosovsky y Millé (op cit.) también mencionan que la promoción de salud mental incide en la capacidad de las comunidades e incrementa la cohesión social, la tolerancia y la participación, reduce la vulnerabilidad e incrementa los conocimientos sobre salud mental de individuos y comunidades.

Lo anterior lleva al planteamiento de la siguiente pregunta en relación con las adicciones: ¿Qué es una comunidad y qué implicaciones tiene el trabajo comunitario para la prevención y la reducción de los problemas asociados con el alcohol?

La comunidad puede ser un foco apropiado para prevenir y reducir problemas relacionados con el alcohol. En el ámbito comunitario, los problemas con el alcohol son experimentados de forma personal, como por ejemplo los accidentes con vehículos motores. Por tanto, la palabra "comunidad" denota una proximidad geográfica y social entre la gente así como un sentido de "pertenencia local". El costo de cualquier problema local como resultado del abuso del alcohol no está limitado a la persona y el evento, sino al costo que este tiene para la comunidad.

El modelo de Fawcett

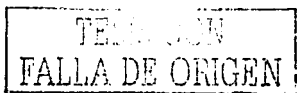
Fawcett (1993) construye un modelo de intervención comunitaria con base en el paradigma de la promoción de salud que se define como el proceso de habilitar a la gente para que incremente su control sobre las situaciones y mejore su salud. Esta estrategia enfatiza la importancia de las influencias ambientales en las conductas asociadas con la promoción de salud y la prevención de daños. En contraste con el modelo médico de tratamiento orientado a la enfermedad, el paradigma de la promoción de salud asume que la salud es particularmente afectada por la conducta o el estilo de vida y por las condiciones ambientales que apoyan o impiden una conducta promotora de salud.

De esta forma, los esfuerzos en promoción de salud intentan cambiar dos tipos de factores: a) los factores personales tales como el conocimiento y las habilidades de los individuos en riesgo y b) los factores ambientales como los programas y políticas para el control del uso de sustancias.

Desde una aproximación orientada a la comunidad, la responsabilidad por la salud es compartida por individuos y por sistemas que afectan los apoyos ambientales para la salud así como los riesgos para la enfermedad y el daño.

Es así como la perspectiva de desarrollo comunitario aparece en la Declaración de Alma Ata (1978) y se observa su efectividad al promover la participación, la colaboración y el control de la comunidad hacia su propia salud.

Fawcett et al. (1993) señalan algunas funciones y actividades que tiene un sistema de apoyo para la promoción de salud y el desarrollo comunitario. La tabla No. 1 muestra la



importancia de mejorar los sistemas así como las organizaciones de apoyo y los recursos y redes de trabajo en una comunidad para nutrir los esfuerzos de desarrollo comunitario.

El sistema de apoyo tiene seis funciones básicas:

- a) promoción del interés (motivación);
- b) proporcionar consultoría y asistencia técnica;
- c) remover las barreras y proporcionar recursos;
- d) monitorear y evaluar los resultados;
- e) recompensar los logros;
- f) promover la adopción de innovaciones exitosas.

Para promover el interés, se han realizado acciones como el reconocimiento social (social reconnaissance), la información obtenida en la comunidad acerca de los problemas que los afectan, así como el anuncio de recursos disponibles.

Los mecanismos que ayudan a involucrar a los miembros son el establecimiento de una agenda de cambio local así como el ofrecimiento de iniciativas para la acción coordinada. El grupo de consultores y asistentes técnicos se encargan de ayudar a establecer las metas y los objetivos así como a planear acciones y desarrollar liderazgo en los participantes. Así mismo, evalúa los resultados obtenidos durante el proceso, proporciona incentivos y motiva al apoyo activo para diseminar y monitorear la calidad de la réplica de los programas u otras actividades que promuevan la salud comunitaria.

Tabla No. 1. Funciones y actividades de un sistema de apoyo para la promoción de salud y el desarrollo comunitario

Promover interés	Proporcionar consultoría y asistencia técnica	Remover barreras y proporcionar recursos	Monitorear y evaluar los resultados	Proporcionar gratificación	Promover la adopción de innovaciones exitosas
Conducir el reconocimiento social	Ayudar a que la comunidad establezca sus metas de salud comunitaria	Obtener recursos materiales	Monitorear mediciones clave de proceso y resultados	Promover la continuidad de los reconocimientos	Identificación y adopción de innovaciones
Proporcionar información acerca de los problemas de salud comunitarios Dar a conocer los recursos disponibles Proporcionar información acerca de innovaciones exitosas en promoción de salud	Ayudar a establecer los objetivos de comunitario. Ayudar en la planeación de la acción. Desarrollo de liderazgo.	Proporcionar apoyo social a los líderes. Proporcionar ayudas micro para las iniciativas de auto-ayuda Gratificar a las coaliciones que se integren.	Proporcionar retroalimentación en los niveles de activación y cumplimiento de metas. Conducción de investigación en intervención. Monitorear la adopción de innovaciones.	Proporcionar recompensas para los proyectos ejemplares. Mejorar el reconocimiento público. Proporcionar incentivos por logro de metas.	Proporcionar apoyo por la diseminación activa. Monitoreo de la calidad del logro. Proporcionar gratificación por la realización de la diseminación. Escribir artículos para publicación.

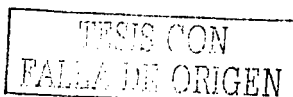
Fuente: Fawcett (1993).

Para que las iniciativas comunitarias tengan éxito, estas deben tener un componente motivacional en donde se involucre activamente a las personas que tienen influencia, individuos y grupos. A través de la participación con la comunidad, los problemas específicos de salud son identificados y se establecen los objetivos de cambio comunitario. Se visualizan las posibles barreras que puedan obstaculizar el éxito. Se permite el control comunitario en las iniciativas de promoción de salud y se movilizan los recursos humanos y materiales locales necesarios para el mantenimiento de los esfuerzos comunitarios. Los estudios realizados en Kansas han mostrado ser altamente efectivos en la promoción de la activación comunitaria y el cambio.

Es aquí donde el concepto de empoderamiento se inserta al trabajo comunitario. Fawcett et al. (1995), afirman que los modelos de empoderamiento comunitario ayudan a comprender el proceso de la ganancia de influencia sobre las condiciones, experiencias o problemas que la gente comparte en vecindarios, lugares de trabajo, etc.

Estos marcos de referencia pueden ayudar a formar coaliciones colaborativas para promover la salud comunitaria y el desarrollo. Los componentes del modelo de Fawcett son:

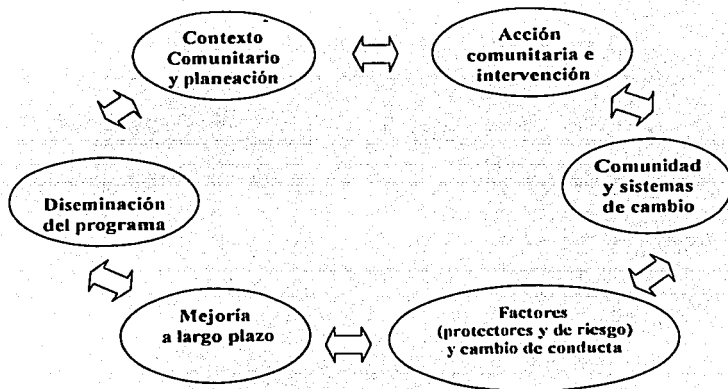
- **La evaluación del contexto comunitario y la planeación colaborativa** como primer componente utiliza como procedimientos a los mapeos ecológicos sociales, las reuniones de reflexión con los integrantes de la comunidad, la planeación y realización de grupos focales y la elaboración de entrevistas y cuestionarios formales e informales con líderes y miembros de la comunidad.
- **Recolección de información sobre el problema** cuando existe un problema, además de recolectar información sobre el problema, se debe comunicar a las personas la necesidad de entender las repercusiones del problema sobre la comunidad y sobre su propia vida. La información tiene múltiples ventajas, entre ellas la obtención de conocimiento y de los hechos reales que se suscitan en un periodo de tiempo razonable. Así mismo, proporciona estimaciones de las personas afectadas por el problema y esto permite ir hacia el cambio. Debe considerarse el valor de la información que se recolectará, así como la pertinencia en cuanto al uso temporal de la información y las posibles fuentes de información existentes. Es conveniente tener un límite claro en cuanto a la información que se quiere recolectar. Entre las formas que se utilizan para recolectar información, se encuentran: Las encuestas, los grupos focales y las sesiones de escucha.
- **Acción comunitaria e intervención** (Fawcett, et al. 1993; Price, 1983), considera la importancia de que sean los integrantes de los grupos y de las diversas organizaciones los que se reúnan para identificar y desarrollar la visión del grupo, su misión, sus objetivos, sus estrategias y sus pasos para la acción en el ámbito de las adicciones.
- **Sistemas de Cambio.** Plantean el trabajo en colaboración con las sociedades comunitarias y con las agencias gubernamentales que desarrollan y aplican proyectos en la comunidad (Fawcett et al., 1993; Francisco et al., 2001). Una parte importante es la formación de coaliciones con diversos grupos de gente, líderes y organizaciones para transformar las condiciones generales planteadas por el grupo.
- **El incremento en los factores de protección dentro de la comunidad y el decremento de los factores de riesgo**, como medio para prolongar la duración



de los cambios originados por el grupo; tales cambios deben ser llevados a cabo a través de la movilización de los propios miembros de la comunidad (Price, 1983; Fawcett et al., 1995).

- **Promoción de resultados a largo plazo:** Estos se observan a través de la comparación de diferentes mediciones con respecto a la línea base. Se espera que a mayor empoderamiento y capacidad colaborativa, la comunidad lleve a cabo acciones que incidan en la disminución de los problemas de salud comunitarios (Fawcett et al., 1995).
- **Institucionalización y diseminación** del programa, una vez que ha probado su efectividad (Fawcett et al., 1993; Price, 1983). La diseminación permite la adopción del programa de prevención universal por los miembros del grupo y por los profesionales pertenecientes a las instituciones que participan con la comunidad.

Figura No.1. Modelo de empoderamiento y movilización comunitaria



Fuente: Fawcett et al., 1995.

Se ha observado que los beneficios y ventajas de utilizar los programas de empoderamiento y movilización comunitaria consisten en:

- Promover que el cambio no se revierta a través del tiempo, dado que conforme se adquieren los comportamientos de forma temprana, mayor es su resistencia al cambio.

- Ser programas auto-sustentables donde los mismos agentes del cambio se encargan del programa y los costos se pueden recuperar por eso son de menor costo y mayor eficacia.
- Permiten abarcar a un mayor número de personas beneficiadas por el cambio.

Concepto de empoderamiento

El empoderamiento de la gente y la participación comunitaria son factores esenciales para la aproximación democrática de la promoción de la salud así como dirigir los esfuerzos hacia la confianza en sí mismo y al desarrollo. Un elemento clave para lograr lo anterior es la educación, derecho humano necesario que debería ser accesible para todos.

De acuerdo con Rappaport (1987) el empoderamiento es un mecanismo con el que los individuos, organizaciones y comunidades adquieren habilidades para cambiar situaciones y problemas en su contexto social. El proceso de empoderamiento consiste en que las personas que comparten un lugar como el vecindario o el trabajo, obtengan la capacidad grupal de modificar las variables que se asocian a las problemáticas psico-sociales (Fawcett, Paine-Andrews, Francisco, Schultz, Ritcher, Lewis, Williams, Harris, Berkley, Fisher, López, 1995).

Así mismo, Saegert y Winkel (1996) consideran en su modelo que el empoderamiento tiene una relación intrínseca con el aprendizaje y la acción individual y grupal, el crecimiento y participación de organizaciones colectivas y el cambio material y político en las vidas de los participantes. Como consecuencia de la aplicación de este modelo, las familias de diversas comunidades tienden a organizarse más efectivamente, lo que les proporciona condiciones de vida más favorables.

Para Zimmernan (1995), el *empoderamiento* es un constructo que une las fortalezas individuales y las competencias, los sistemas naturales de ayuda y las conductas proactivas para la política social y el cambio social (Rappaport, 1981). La teoría del empoderamiento, la investigación y la intervención ligan el bienestar individual con el ambiente más extenso social y político.

Teóricamente, el empoderamiento conecta la salud con la ayuda mutua y al problema de crear una comunidad responsiva. Al autor le interesa pensar en términos de bienestar versus enfermedad, competencia versus deficiencia, fortaleza versus debilidad. Igualmente, la investigación sobre empoderamiento se enfoca en identificar las capacidades en lugar de catalogar los factores de riesgo y explorar las influencias ambientales de los problemas sociales en lugar de culpar a las víctimas.

Las intervenciones orientadas hacia el empoderamiento, realzan el bienestar mientras ayudan aminorar los problemas, proveen de oportunidades para que los participantes desarrollen conocimiento y habilidades y comprometen a los profesionales y a los colaboradores en lugar de a los expertos que poseen puestos de autoridad. Chen (1999) define el empoderamiento como el derecho de la gente para determinar y definir su destino.



Los modelos de empoderamiento comunitario nos ayudan a entender el proceso por el cual atraviesan las personas para ganar influencia sobre las condiciones de vida que comparten tanto en sus viviendas como en sus lugares de trabajo y los problemas que los afectan.

Ante la necesidad de dar respuesta a la población que requiere de atención y educación en lo referente al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, se propone el programa de empoderamiento y movilización comunitaria, tomando como base al autor Fawcett, et al., (1995), que presenta un modelo de empoderamiento comunitario interactivo basado en modelos conceptuales para personas con problemas de habilidades, modelos de resistencia a la enfermedad y desarrollo humano. Sobre la base de un modelo de empoderamiento comunitario, se observan las interacciones entre los factores que afectan los resultados asociados con el proceso de empoderamiento. Este modelo tiene tres dimensiones: los factores personales o grupales, los factores ambientales y la capacidad de empoderamiento y los resultados.

Los componentes de dichos factores son los siguientes:

1) Factores personales o grupales

- Los líderes y el grupo pueden tener diferencias respecto a su experiencia y competencia.
- El conocimiento acerca de la comunidad y la iniciativa, la conciencia crítica acerca de las causas de los problemas y las posibilidades de cambio,
- Las habilidades personales como los valores y creencias relevantes tienen variaciones grupales.
- La estructura y capacidad grupal, que incluye metas a corto y largo plazo.
- Una estructura abierta a la diversidad es muy importante para el funcionamiento.
- El reclutamiento activo de personas clave de influencia y gente afectada
- Desarrollo de una iniciativa de cambio comunitaria.
- Tanto los factores personales como grupales pueden impedir o facilitar la capacidad de empoderamiento.

2) Factores ambientales

- La naturaleza e intensidad de las barreras sociales y ambientales afectan la capacidad de iniciativa comunitaria para efectuar el cambio y los resultados relativos a la misión.
- La capacidad comunitaria puede ser reducida y los resultados minimizados a causa de la resistencia, conflictos. Por tanto, se requiere de un gran esfuerzo para traer el cambio. Los valores culturales pueden ser incompatibles con los objetivos de la iniciativa.
- Las fuentes de apoyo pueden contribuir también al estatus del empoderamiento.
- Monitoreo, retroalimentación, apoyo y modelos positivos de los colegas, recursos financieros, valores culturales, políticas y leyes.
- Estos factores pueden facilitar o impedir la capacidad para efectuar un cambio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3) Capacidad de empoderamiento y resultados

- Se refiere a la habilidad para influir en las condiciones de la comunidad, tales como programas y políticas y resultados relacionados con la misión.
- La capacidad de empoderamiento variará respecto a los dominios o contextos en los cuales opera la iniciativa.
- La capacidad de empoderamiento y los resultados pueden variar respecto al estilo de vida de la comunidad y los recursos con los que cuenta.

Cuando un grupo o una comunidad son afectados en su habilidad para influir en los cambios sobre el consumo de alcohol en su comunidad, el empoderamiento sería un proceso que les permitirá ganar influencia sobre los eventos relacionados con el consumo de alcohol.

La capacidad para hacer un cambio y obtener resultados en una comunidad resulta del análisis de las influencias recíprocas entre los factores asociados con la persona o grupo y el ambiente a nivel más amplio. En este proceso interactivo, el funcionamiento de las coaliciones colaborativas, son estrategias para realizar intervenciones comunitarias, lo cual es una oportunidad para entender mejor la creación del cambio comunitario. Asimismo, estas coaliciones pueden ser afectadas por factores personales o grupales, tales como la competencia por el liderazgo y el ambiente social y físico.

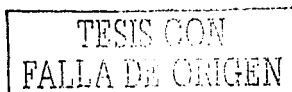
El empoderamiento se refiere al proceso para obtener influencia sobre los eventos y resultados de importancia (Fawcett, White, et al., 1994; Rappaport, 1981). Este proceso tiene lugar en una variedad de niveles que tienen a su vez una interconexión incluyendo el plano individual (Zimmerman, 1990; Zimmerman & Rappaport, 1988), grupal u organizacional (Chavis & Wandersman, 1990), y comunitario (Fawcett, Seekins, Whang, Muiu & Suárez-Balcázar, 1982).

El empoderamiento comunitario es definido ampliamente como el proceso para ganar influencia sobre las condiciones que importan a la gente que comparte vivienda, lugares de trabajo, experiencias o problemas (Fawcett, Paine-Andrews, Francisco, Schultz, Richter, Lewis, Williams, Harris, Berkley, Fisher y Lopez 1995).

Los modelos comunitarios para la prevención universal en materia de adicciones, se centran en la evaluación del contexto en el que se desenvuelven los individuos, al identificar los factores de riesgo y los factores protectores que se relacionan con el consumo de sustancias adictivas que inciden en las comunidades (Fawcett, et al., 1995).

A partir de la identificación de estos factores, los programas de desarrollo comunitario pretenden movilizar y empoderar a los miembros del grupo para generar y mantener cambios benéficos en sus propias comunidades (Fawcett, White, et al., 1994; Chavis & Wandersman, 1990; Zimmerman, 1990; Zimmerman & Rappaport, 1988; Fawcett, Seekins, Whang, Muiu & Suarez-Balcazar, 1982; Rappaport, 1981; McCarthy & Zald, 1977).

Los diversos modelos de movilización y empoderamiento, han reportado la efectividad de los programas y planes de acción al incluir cada uno de los componentes descritos. En particular, la instrumentación de los modelos de desarrollo comunitario han promovido la planeación de acciones específicas para la reducción en la disponibilidad,



el inicio de consumo en adolescentes y disminución en el consumo tanto de alcohol como de drogas ilegales en las comunidades.

En México, se requiere el desarrollo e instrumentación de intervenciones preventivas universales adecuadas y realistas a las características y el contexto de las comunidades urbanas.

Con base en lo anterior, el objetivo general del presente estudio es conocer, mediante un diagnóstico comunitario, el patrón de consumo de la comunidad de San Pedro Mártir y volcanes, al sur de la Ciudad de México.

Dentro de los objetivos específicos se encuentra realizar planes de acción junto con algunos sectores de la comunidad, con la finalidad de promover conductas protectoras para la prevención del abuso de alcohol y drogas.

2. Método

2.1. Escenario

Las comunidades que se tomaron en cuenta para este estudio son San Pedro Mártir y Volcanes, ambas colonias, conocidas como pueblos son pertenecientes a la delegación Tlalpan, que se encuentra al Suroeste del Distrito Federal, geográficamente se localiza a los 19º 17'16" de latitud Norte y a 99º 09'57" de longitud Oeste del Meridiano de Greenwich a una altura de 2,294 m. sobre el nivel del mar. Es la de mayor extensión territorial con 310 km². Limita al Norte con la delegación Alvaro Obregón y Coyoacán; al Oriente con Xochimilco y Milpa Alta; al Sur con Huitzilac, municipio del estado de Morelos; y al Poniente con la delegación Magdalena Contreras, y los municipios de Tlanguistenco y Xalatlaco, del estado de México. La superficie es en su mayoría montañosa, ya que por ella cruza la serranía del Ajusco, en la cual existen bosques de pino, oyamel, encino, madroño y aile. La vegetación restante esta constituida por encinos, pirús y una gran variedad de cetáceas. A ella pertenecen los poblados de Chimalcoyotl, San Pedro Mártir, San Andrés Totoltepec, San Miguel Xicalco, Magdalena Petlatcalco, San Miguel Ajusco, Santo Tomas Ajusco, Topilejo y Parres. En las partes bajas tiene un clima templado y es semifrio en las partes cercanas al Ajusco; su precipitación pluvial la tiene durante el verano y parte del otoño.

Las comunidades se comunica con la ciudad de México a través de dos grandes avenidas, la Calzada de Tlalpan y la Avenida de los Insurgentes; aunque también se encuentra comunicada con otras partes de la ciudad por el Anillo Periférico. La autopista de cuota y la carretera federal cruzan la delegación comunicando al Distrito Federal con el estado de Morelos.

En la delegación Tlalpan se cuenta con el centro hospitalario por excelencia de toda la república, en el que se encuentran los hospitales de especialidades como Cardiología, Nutrición, Cancerología, Enfermedades Respiratorias, Psiquiatría y Neurología. Cuenta además con modernas instituciones educativas de nivel superior.

Un aspecto importante a considerar son las fiestas patronales llevadas a cabo en los pueblos de Tlalpan:

"Las fiestas patronales en los pueblos de Tlalpan no pueden verse como algo aislado, sino como un sistema complejo de festividades articulado y recíproco, como una red ritual que tiene varias características que comparten los pueblos de San Andrés Totoltepec, San Pedro Mártir, Magdalena Petlacalco, San Miguel Topilejo, San Miguel Ajusco, San Miguel Xicalco y Santo Tomás Ajusco. La religiosidad popular en San Pedro Mártir se vincula con su historia, las expropiaciones, su raíz campesina, su ubicación geográfica, los cerros y su significado, la lucha por obtener mejores condiciones de vida (...) Un aspecto negativo de la religiosidad popular es la borrachera que lleva al alejamiento del compromiso social y de la vinculación de Fe y Vida..." (García, 2001, pp.75).

El acelerado crecimiento de la ciudad de México ha ido absorbiendo lentamente los poblados existentes a su alrededor, tal es el caso de San Andrés Totoltepec, San Pedro Mártir y Chimalcoyotl, localizados en las faldas de Ajusco. Este incremento ha provocado que la zona se haya convertido en una área de recepción de diversas familias, siendo su condición económica indistinta. Esta acción migratoria transformó las características rurales de los poblados en un proceso de urbanización con características heterogéneas, lo que provocó grandes contrastes sociales en la nueva estructura urbana, ya que ahora podemos encontrar barrios, colonias populares, grandes zonas residenciales, caballerizas, centros deportivos privados, hoteles de paso e instituciones educativas privadas, entre otros. Por esta razón los habitantes de los antiguos poblados han ido perdiendo poco a poco su identidad enfrentándose a problemas ya como pobladores de la gran metrópoli.

De acuerdo al testimonio de los pobladores desde mediados de siglo la zona ha sido devastada por una serie de expropiaciones de tierras dedicadas al cultivo. Por tanto, en 1949 le son expropiadas al Pueblo de San Pedro Mártir 65 hectáreas para la construcción del "Club de Golf México". En 1952 nuevamente son afectados junto con el poblado de San Andrés Totoltepec y Santiago Tepalcatlalpan para la construcción de la carretera de cuota México - Cuemavaca. En 1972 se expropian al Pueblo de San Pedro Mártir 83 hectáreas para la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Y en 1974 se lleva a cabo la expropiación más grande realizada hasta entonces, donde le son despojados de 400 hectáreas de tierras de cultivo el 75% pertenecientes a San Pedro Mártir y el 25% a San Andrés Totoltepec, esto con el fin de construir las nuevas instalaciones del Heroico Colegio Militar. Actualmente se encuentran en pie de lucha por evitar una nueva expropiación para la construcción del libramiento "La Venta - Colegio Militar" el cual afecta a varias colonias de la zona (García, 2001).

Estas expropiaciones aceleraron el crecimiento urbano incorporando los espacios rurales inmediatos a la urbe, como consecuencia de ello se dio la transformación de lo que fueran tierras de cultivo en zonas habitacionales, educativas, carreteras, etc., sino que además se marcó un violento proceso de transición de modos de vida y relaciones sociales características del campo y de las labores ligadas a él (García, op cit.).

Socialmente se presenta un fenómeno migratorio, ya que al encontrarse desposeídos de sus propiedades, los que anteriormente fueran propietarios, pasan a formar parte de la fuerza de trabajo asalariada y además con un carácter de desposeídos, lo que los obligó por la necesidad a adquirir predios en condiciones casi inhabitables. Estos

aspectos son parte de la historia a través de la cual se han formado colonias como Los Volcanes, Pedregal de San Andrés, Pedregal de las Águilas y el Mirador, entre otras. Es así que los terrenos de los pueblos situados en sus alrededores entraron al mercado comercial, caracterizado por tres formas de adquisición: en una buena parte los terrenos eran herencias apalabradas donde no existía ningún documento que certificara el derecho de propiedad; otros fueron adquiridos por inmobiliarias; y por último aquellos comprados a sus propietarios originales. Aunque estas colonias tengan más de 30 años de haberse formado, actualmente tienen problemas de regularización territorial (García, op cit.).

2.2. Indicadores

2.2.1. Indicadores sociodemográficos: Se refieren a los datos estadísticos que describen características como la edad, la actividad económica, los ingresos percibidos, la escolaridad, la religión, el estado civil, la actividad ocupacional, la jefatura en los hogares, el tipo de vivienda, el acceso a servicios de salud y las condiciones de salud de la población dentro de las que se encuentra el consumo de alcohol y otras drogas.

2.2.2. Indicadores comunitarios: *Número de cambios comunitarios desarrollados a partir de un plan de acción.* Es el número de acciones realizadas por los integrantes de la comunidad que apoyen el consumo moderado de alcohol en los integrantes de la comunidad. Ejemplo de estas acciones son el monitoreo de los lugares en donde hay venta de alcohol o bebidas alcohólicas; la capacitación a personal de salud para la detección de casos potenciales relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas; la puesta en marcha de planes de acción por los miembros de la comunidad.

Entre los indicadores comunitarios que se tomaron en cuenta para el presente trabajo están: la *Evaluación del contexto comunitario y la planeación colaborativa.*

- Número de programas comunitarios existentes para prevenir adicciones en:
Escuelas,
Centros de Salud,
Delegación
Otras instituciones: educativas, religiosas, de salud.
- Número de organizaciones cívicas encaminadas a fomentar conductas prosociales que favorezcan el desarrollo de la comunidad.
- Número de lugares de reunión para consumo de alcohol o drogas: bares, cantinas.
- Número de expendios que vendan alcohol, tabaco y fármacos.
- Número de grupos juveniles o bandas identificados en la zona.
- Número de zonas de riesgo: lotes baldíos, barrancas, parajes, calles cerradas o callejones, calles sin alumbrado público.
- Número de fiestas o celebraciones al año, religiosas o cívicas.
- Recursos de la comunidad

Los indicadores comunitarios que fueron observados en el Centro de Salud de la comunidad fueron:

- Número de individuos inscritos en listas de espera para su admisión a programas de tratamiento para alcohol o drogas.
- Número de canalizaciones y admisiones a centros de salud mental por problemas de alcohol o drogas.
- Número de personas en tratamiento por problemas de alcohol o drogas.

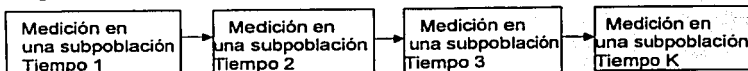
2.3. Muestreo

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, intencional o por conveniencia.

2.4. Diseño

Los diseños de evolución de grupo o estudios *cohort* evalúan los cambios a través del tiempo en subpoblaciones o grupos específicos. Su atención son las *cohorts* o grupos de individuos vinculados de alguna forma, por ejemplo, la edad, grupos de edad (Glenn, 1977, en Hernández et al., 1998). Este diseño hace seguimiento del grupo a través del tiempo y usualmente se extrae una muestra cada vez que se hace una medición en el grupo o subpoblación, más que incluir a toda la subpoblación.

Figura No. 1. Diseño



Fuente: Hernández et al. (1998).

En los diseños de evolución de grupo se estudia el cambio en subpoblaciones o poblaciones pero debido a que en cada momento o tiempo se mide una muestra diferente aunque equivalente, el cambio se evalúa colectivamente y no de manera individual. En los cambios suscitados no puede conocerse específicamente qué individuos los provocan. Algunos o todos los sujetos pueden cambiar, pero la población o subpoblación es la misma (Hernández et al., 1998).

2.5. Instrumentos

- Cuestionario de Formas de Consumo (Morales y Ayala, 2000)
Este cuestionario evalúa la forma de consumir de la persona entrevistada y al mismo tiempo da cuenta de la forma de consumo de la pareja y/o algún otro miembro de la familia. Consta de 32 preguntas que indagan acerca de la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. También pregunta acerca de los motivos por los que la persona inició el consumo de cada sustancia así como los motivos por los que se mantiene consumiendo si fuera el caso. Finalmente investiga la existencia de problemas asociados al consumo de sustancias. (Ver anexo C).

• Encuesta de interés (Fawcett et al., 2002) (Ver Anexo D)
Este instrumento se encuentra en proceso de validación para usarse en población mexicana. Sin embargo se decidió utilizarlo como parte del ejercicio de este proyecto. Las encuestas de interés son una forma de evaluación comunitaria en donde se investiga acerca de las tradiciones, costumbres y parámetros de conducta dentro de la comunidad. Los resultados sirven para realizar estrategias de acción dentro de la comunidad así como para construir un consenso. El objetivo de la encuesta de interés es observar los intereses e identificar las necesidades y los recursos que posee la comunidad. Con la encuesta de interés se facilita la inclusión de los miembros de la comunidad en el proceso de toma de decisiones, creando un compromiso para participar y encontrar la solución a problemas comunes. Además, son los miembros de la comunidad los que definen las prioridades a tratar dentro de la comunidad, ayuda a la coalición de miembros y ciudadanos al permitirles darse cuenta de cómo perciben un evento en su comunidad (bueno, malo, agradable, desagradable). Se considera a la encuesta de interés como un recurso para obtener información así como un medio para dirigir iniciativa, fondo y participación. Ayuda a la construcción de la agenda comunitaria para el trabajo en determinado problema.

3. Resultados

En la primera fase de la investigación se obtuvieron datos sobre los indicadores sociodemográficos y comunitarios. Esto se logró por medio del mapeo ecológico, la aplicación de encuestas de interés a los miembros de la comunidad, la elaboración de entrevistas y cuestionarios informales con líderes y miembros de la comunidad, las reuniones de reflexión con los integrantes de la comunidad, la planeación de pláticas de sensibilización. Estas últimas no se pudieron implementar debido a que la fase de búsqueda de datos consumió mucho tiempo.

Durante esta primera fase, se conoció a los líderes de la comunidad, principalmente los pertenecientes a la parroquia de San Pedro Mártir, la visión del grupo, su misión. Se presentó a esta parte de la comunidad el Modelo de Movilización y Empoderamiento Comunitario.

a) Indicadores comunitarios

Evaluación del contexto comunitario y la planeación colaborativa. Inicialmente se llevó a cabo la evaluación diagnóstica de la comunidad con base en los registros obtenidos por diferentes instituciones públicas y con el mapeo ecológico. Se presentan resultados de la comunidad de San Pedro Mártir y en algunos casos también se pudo obtener información sobre otra comunidad vecina conocida como Volcanes.

• Lugares de reunión para el consumo de alcohol y drogas
En San Pedro Mártir, se observó que los días laborales, los jóvenes se reúnen en la tarde en la plaza del centro del pueblo, lugar en el que hay un kiosko. Algunos vecinos del lugar reportaron que los muchachos y algunos adultos se reúnen a beber e incluso a drogarse y que es peligroso pasar por ahí cuando oscurece.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Volcanes es una colonia con calles solitarias pero que al igual que San Pedro Mártir tiene algunas tiendas de abarrotes en las que se reúnen hombres en su mayoría para consumir y charlar.

Se observó que en la mayoría de las tiendas de abarrotes de ambas comunidades existen máquinas de juegos de video para los niños, lo cual representa un centro de reunión importante para los que se encuentran entre la edad de ocho a quince años.

- Fiestas o celebraciones religiosas

Las fiestas del pueblo son en Septiembre, mes en que se celebra la fiesta de San Pedro Mártir de Verona y las familias suelen celebrar con grandes banquetes en los que se invita a la gente conocida a participar. En estas, se consume sobre todo cerveza y vinos destilados. De acuerdo con los reportes de los habitantes, la fiesta de la colonia volcanes es el día 12 de diciembre, fecha en que se inicia la época de festejos hasta el día de reyes del siguiente año. Durante todo este periodo, la gente de San Pedro Mártir también participa en los festejos de esta colonia.

- Número de organizaciones cívicas

La venta de terrenos ha traído como consecuencia la desaparición de zonas de reserva ecológica pertenecientes a la Delegación Tlalpan, en los poblados de San Andrés Totoltepec y Santo Tomás Ajusco entre otros. Para dar solución a este problema, un grupo de profesionistas, encabezados por arquitectos e ingenieros, están trabajando junto con la comunidad en un *proyecto para el rescate ecológico de los pueblos de Tlalpan*, por parte de la Delegación Tlalpan, cuyo objetivo es hacer que las personas en lugar de vender sus tierras y marcharse del lugar, se queden y las trabajen, mediante la construcción de fuentes de trabajo para la plantación de cultivos y la cría de ganado.

"Bajo el contexto de las expropiaciones territoriales, surge un movimiento llamado 'Campesinos Unidos' como respuesta al intento de despojo sin una retribución justa. La tensión llegó a tal grado, que el ejército rodeó con alambradas las áreas expropiadas, los campesinos se negaron a abandonar sus tierras, las movilizaciones continuaron y después de dos años de lucha, el entonces presidente de México Luis Echeverría Álvarez, asistió a una asamblea de Campesinos Unidos en donde tuvo que pedir la palabra y esperar turno para hablar como cualquier miembro de la organización. Los acuerdos a los que se llegaron fueron: aumentar al doble el pago de la tierra a los campesinos expropiados y el pago de todas sus pertenencias; reacomodo en el mismo pueblo a los colonos que lucharon hasta el final dándoles un pie de casa y pagándoles también todas sus pertenencias; hacer un plan de mejoramiento de servicios como la creación de un mercado popular, una escuela secundaria técnica, la introducción de agua y drenaje, el arreglo de las calles, un puente para peatones..."(García, 2001, pp. 131,132).

Actualmente existe el *Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur (MPPCS)*, organismo civil encargado de la promoción de mejoras para la salud y la economía del lugar. Este movimiento surgió de la organización promovida por la Parroquia de San Pedro Mártir y su párroco.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Inicialmente este movimiento carecía de algún tipo de asesoría jurídica y política, lo cual obligó a los campesinos a tener un acercamiento con los sacerdotes de las religiones existentes en el pueblo, católica, episcopal y mormona; sin embargo, sólo obtuvieron un apoyo solidario del primero el sacerdote Jesús Ramos, lo cual marco un momento significativo en lo que después sería el MPPCS, pues a partir de este momento, el sacerdote y el equipo pastoral de la Parroquia de San Pedro Mártir se definen por el 'acompañamiento al pueblo pobre y explotado'.

Además de la defensa y regularización de sus tierras en 1974, se demandaba la instalación de servicios públicos y equipamiento. En 1976 se da una lucha más organizada en torno al abastecimiento de agua. La lucha adquiere un sentido más amplio y adquiere una nueva identidad, por lo que se decide cambiar el nombre de "Campesinos Unidos" al de "Lucha Popular". Ahora se encontraba conformada por obreros en su mayoría y empleados, reformando así su conflicto campesino a un problema urbano.

Esta demanda trajo consigo la integración al movimiento de habitantes de los pueblos de San Andrés y Chimalcoyótl así como de las colonias populares Los Volcanes, Pedregal de San Andrés y Plan de Ayala en torno a una reivindicación común es su demanda, la cual "no significaba simplemente que se dotara de agua a los sectores populares, lo que se disputaba era el problema de la distribución y su forma de apropiación". Esta pretensión por obtener el servicio de agua dio la pauta para aumentar el número de participantes del movimiento, así como integrar más la unidad entre los pueblos y colonias populares en lucha.

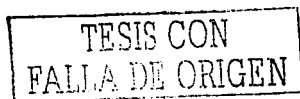
La organización recaía en una comisión representativa, emanado de la asamblea general, a través del voto mayoritario, de esta manera se canalizaba sus demandas hacia su interlocutor. Sin embargo, más adelante se vio la necesidad de tener una participación más amplia en la coordinación de la asamblea y que esta no recayera solamente en la comisión representativa, entre otras cosas se consideraba pertinente aprender a coordinar la asamblea con el fin de crear un ambiente de mayor seguridad en la defensa de sus derechos.

El diálogo y la movilización popular constituyeron unas de sus principales armas.

En 1980, el movimiento 'Lucha Popular' era un grupo consolidado y reconocido entre los pueblos y colonias participantes. Surge la necesidad de adoptar un nuevo nombre como "Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur" (MPPCS)". Nuevamente amplia su campo de acción esta vez marcado por la heterogeneidad social de la zona en disputa por el espacio, desde el punto de vista urbanístico hay un cambio de pueblos antiguos, sencillos con su cultura y costumbres propias a la conversión de zona residencial y toda la cadena de consecuencias que este cambio trae consigo.

El órgano dónde se impulsa a la organización para seguir trabajando de manera coordinada y organizada, es la asamblea general, cuyo objetivo es ampliar un sentimiento de responsabilidad estimulando la participación y con ello el desarrollo de todos.

El primer momento de lucha fue por la defensa de la tierra, y en un segundo momento fue el abasto de agua, actualmente la preocupación es por mejorar el modo de vida y



las condiciones urbanas de la comunidad. Es así como sus principales demandas son satisfacer las necesidades de agua, drenaje, regularización de la tenencia de la tierra, impuestos, alumbrado público, transporte, caminos, limpieza, bosques, equipamiento urbano, abasto. Demandas básicamente orientadas a suplir las necesidades básicas, y la reorganización del territorio. Sin embargo no se observa que haya una percepción de la relación entre el ambiente y la salud de sus habitantes.

La comunidad cristiana apoya a los miembros de la comunidad mediante las "Comunidades Eclesiales de Base" (CEBs), ya que en San Pedro Mártir y los pueblos aledaños, existe un fuerte arraigo religioso. Desde la década de los setentas, las CEBs son en sí mismas una nueva alternativa de organización de la comunidad ante la creciente diseminación de las comunidades nativas de los poblados. Esta relación entre las CEBs y el movimiento popular se fue entrelazando debido a que algunas personas que participan en las comunidades son integrantes del MPPCS y viceversa, de esta manera la organización se ve alimentada por valores cristianos que expresan formas de fidelidad, dignidad justicia y hermandad popular. Es importante destacar que aunque exista una interacción entre ambas formas de organización, estas pertenecen a dos procesos independientes en su formación.

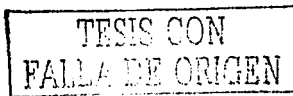
En sus inicios de la organización como "Campesinos Unidos" la mayoría de sus integrantes eran hombres, aunque las mujeres ya asistían a las reuniones solo se mantenían como observadoras. En la etapa de "Lucha Popular" ya se observaba una mayor participación de las mujeres en la organización. Ya como MPPCS "La organización se fue constituyendo en un espacio al que las mujeres recurrieron, no sólo con el fin de resolver las carencias de la unidad familiar sino, muy significativamente, a su autoafirmación como mujeres".

Con el paso de los años, las mujeres se han ido integrando cada vez más, dada la necesidad de participar con mayor intensidad en los problemas que aquejan a sus comunidades. Queda atrás la idea existente de su imposibilidad para asumir tareas relacionadas con la cuestión pública debido a su condición de amas de casa, madres, esposas. Actualmente el MPPCS esta compuesto en su mayoría por mujeres quienes son las principales protagonistas.

- Número de zonas de riesgo comunitario

Como primer paso, se hizo una búsqueda de las Áreas Geo Estadísticas Básicas (AGEBS) ubicadas en el Pueblo de San Pedro Mártir. Se consultó el Sistema de Consulta de Información Censal 2000 del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI). Con esto se seleccionaron 5 AGEBS. Posteriormente se realizó un mapeo ecológico en el cual se identificó con mayor precisión los recursos así como los factores de riesgo y protección existentes en la comunidad. Después, se hizo un recorrido a pie por las dos AGEBS pertenecientes a la Colonia de San Pedro Mártir, (ver figura 1).

En San Pedro Mártir existen varias calles cerradas, que más bien parece callejones muy estrechos, considerados como paso para entrar a algunas viviendas. Una zona de riesgo puede ser el área que se encuentra junto a la autopista México-Cuernavaca, ya que es una zona solitaria en donde circula tránsito a gran velocidad. Otra zona de riesgo es posiblemente un puente subterráneo que permite el acceso con la otra parte de la comunidad de San Pedro Mártir. En general es un pasadizo oscuro en donde los autos hacen fila para esperar su turno y tener acceso.



En la colonia Los Volcanes se observaron tres zonas de riesgo importantes: a) la cuenca de un río seco que atraviesa gran parte de la comunidad y en donde se ha reportado consumo de sustancias por parte de menores de edad; b) un paraje aislado en el extremo norte de la colonia que parece ser un lote baldío; c) una extensión de terreno muy grande, la cual se encuentra delimitada con una barda de piedra; d) el deportivo de la colonia, que de acuerdo con reportes de algunos vecinos, se considera un lugar de encuentro para jóvenes y adultos que quieren compartir un momento para beber y charlar así como grafiteros.

- Recursos de la comunidad

En San Pedro Mártir existen nueve centros educativos, la mayor parte de las cuales son escuelas primarias públicas y privadas. Existen dos bibliotecas, un centro de salud y una clínica comunitaria por parte de la parroquia. Existe una cocina, un dispensario y una farmacia por parte del Movimiento de Colonias Populares del Sur.

En la colonia Volcanes existen 4 escuelas primarias, 2 jardines de niños y una secundaria. En lo referente a los centros de salud en ambas colonias, se encontraron 5, de los cuales sólo 2 son centros de medicina familiar pertenecientes al sector salud y tres son consultorios privados. También cuentan con canchas de football y de basketball, sin embargo estos lugares suelen utilizarse como centros de reunión para el consumo de bebidas alcohólicas.

- Expendios de alcohol, tabaco y otras drogas

En la comunidad de San Pedro Mártir existen cuatro tlapalerías, dos farmacias, dos depósitos de cerveza y más de cinco tiendas de abarrotes en donde también se vende cerveza y cigarros.

En Volcanes hay 23 tiendas de abarrotes que venden bebidas alcohólicas así como dos expendios de cerveza. También se encontraron 2 farmacias.

- Centros de atención para problemas de alcohol

En San Pedro Mártir existen seis locales pertenecientes a Alcohólicos Anónimos. De estos, un grupo es exclusivo para mujeres. En Volcanes existen sólo tres grupos.

Los centros de salud de la comunidad (2) reportan que cuando les llega algún caso de adicciones, lo canalizan a los Centros de Integración Juvenil Tlalpan, ya que ellos no tienen forma de atender estos problemas.

- Programas comunitarios para prevenir adicciones

Hasta el momento no existen iniciativas que surjan del interior de la comunidad para promover acciones preventivas en ninguna de las dos comunidades. La institución que ha tratado de realizar acciones preventivas y de tratamiento es Centros de Integración Juvenil.

Por parte del centro de Salud comunitario de San Pedro Mártir, existe una iniciativa para identificar a los adolescentes que podrían tener riesgo de consumo de sustancias, mediante un cuestionario que se les aplica cuando recurren a consulta médica. Sin embargo este tema no es abordado para otras poblaciones pertenecientes a la comunidad.

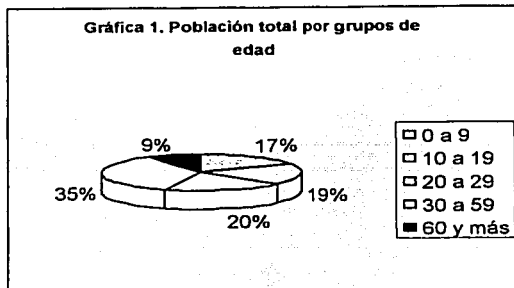
- Número de grupos juveniles o bandas identificadas en la zona

Dentro de los indicadores comunitarios considerados como factores de riesgo que faltaron por explorar se encuentran: el número de grupos juveniles o bandas. En este aspecto, los vecinos de ambas colonias reportaron que existen varios grupos o bandas juveniles y que en ocasiones llegan a tener problemas de violencia.

b) Indicadores sociodemográficos

A continuación se describen los indicadores sociodemográficos para la comunidad en la que se empezó a trabajar que es San Pedro Mártir, ya que en primer lugar se centró la atención a esta colonia.

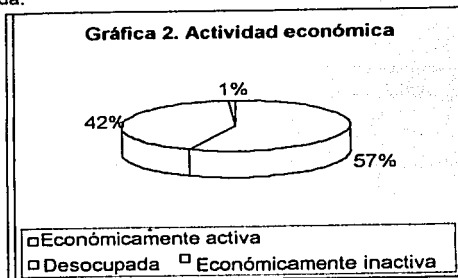
Los siguientes resultados fueron obtenidos del Censo General de Población y Vivienda (INEGI, 2000), los cuales reflejan variables referentes a la estructura de la población como es la vivienda, el hogar, la educación, el empleo y la salud. Para el año 2000, la delegación Tlalpan contaba con 581,781 habitantes. Al analizar las Áreas Geo Estadísticas Básicas 117-6 y 115-7 correspondientes al área de San Pedro Mártir, se encontró que de las 14,774 personas pertenecientes a la población total, el 48.40% de la población (7,197) corresponde a la población masculina y el 51.60% a la población femenina (4,814). En Tlalpan la tasa de crecimiento intercensal es de 1.9, semejante a la tasa nacional. Existe una alta proporción de población joven 19%, 109,255 personas entre 10 a 19 años. El 55% de la población se encuentra entre los 20 a 59 años de edad.



Fuente: INEGI, SCINCE 2000.

3.1. Actividad económica e ingresos percibidos

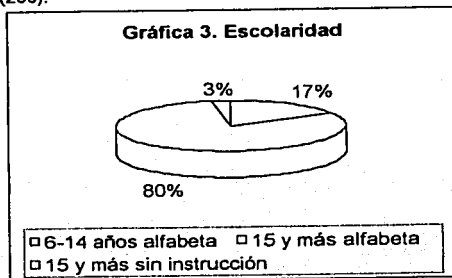
El porcentaje de población económicamente activa es igual a 57% (3975 personas), mientras que el 42% de la población (2965) es económicamente inactiva y el 1% (59) está desocupada.



Fuente: INEGI, SCINCE 2000.

3.2. Escolaridad

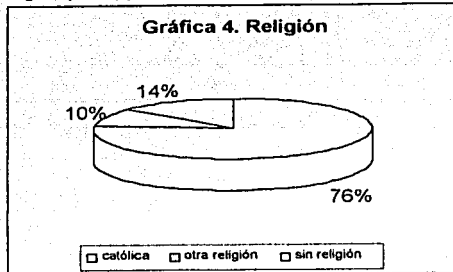
El 80% de la población mayor de 15 años (6286) es alfabeta, así como el 17% de la población menor de 14 años (1325), en comparación con el 3% de la población que no tiene instrucción (200).



Fuente: INEGI, SCINCE 2000

3.3. Religión

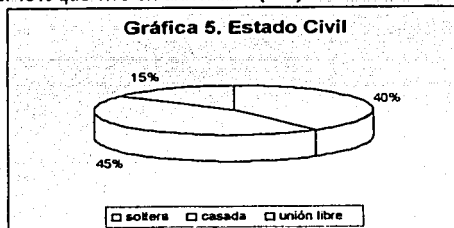
Se encontró que el 76% de la población es católica (6884), mientras que el 14% no profesa ninguna religión (1210) y el 10% pertenece a otra religión (956).



Fuente: INEGI, SCINCE 2000

3.4. Estado civil

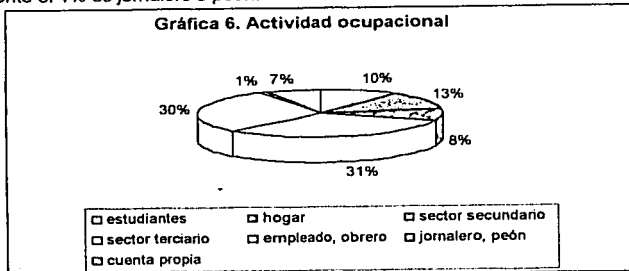
El 45% de la población (2842) es casada, en comparación con el 40% que permanece soltera (2509) y el 15% que vive en unión libre (927).



Fuente: INEGI, SCINCE 2000

3.5. Actividad ocupacional

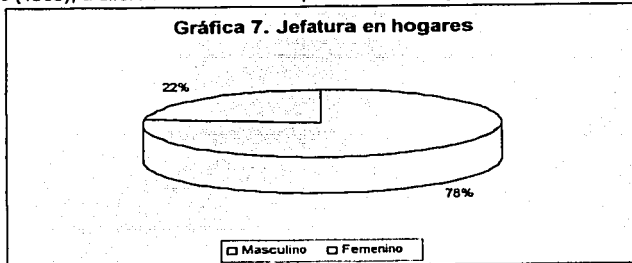
En San Pedro Mártir, el 8% de la población (730) desempeña actividades pertenecientes al sector secundario (minería, generación y suministro de electricidad y agua, construcción e industria manufacturera), mientras que el 30% (2857) son empleados u obreros, el 13% se dedica al hogar (1232), el 10% son estudiantes (982), el 31% se dedican al sector terciario (3079), referente a la población ocupada que trabajó e el comercio, el transporte, servicios financieros, ofreciendo servicios profesionales, en el gobierno y otros servicios, el 7% (710) trabaja por cuenta propia, y finalmente el 1% es jornalero o peón.



Fuente: INEGI, SCINCE 2000.

3.6. Jefatura en hogares

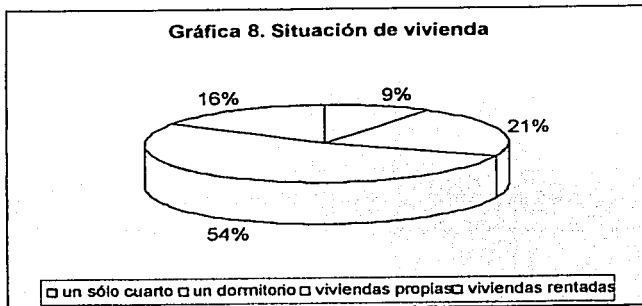
En San Pedro Mártir, la jefatura de los hogares está representada por los hombres en un 78% (1305), a diferencia de un 22% representando a la jefatura por mujeres (520).



Fuente: INEGI, SCINCE 2000.

3.7. Vivienda

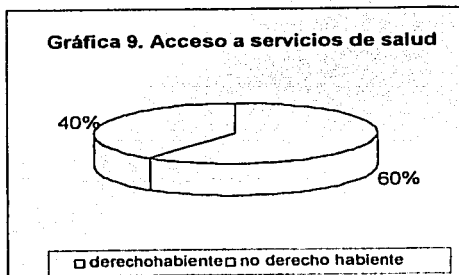
La tasa de hacinamiento existente en la zona es 25.9%. La tasa de inmigración (27%), trae como consecuencia que mucha gente deja sus lugares de nacimiento para venir al Distrito Federal en busca de mejores oportunidades de empleo. Es así como el 54% de la población posee una vivienda propia, en tanto que el 21% tiene una vivienda con un solo dormitorio (1032), el 16% habita en viviendas rentadas (770) y el 9% vive en un solo cuarto (450). En comparación con la delegación en su totalidad, el 14.87% de las viviendas particulares habitadas (20,842 viviendas), presentan condiciones de hacinamiento con más de tres ocupantes por dormitorio.



Fuente: INEGI, SCINCE 2000.

3.8. Acceso a servicios de salud

Se observó que el 60% de la población (7044) es derecho habiente de algún servicio de salud pública, en comparación con el 40% de la población (4636) que no lo es.



Fuente: INEGI, SCINCE 2000.

3.9. Condiciones de salud

De acuerdo con el INEGI (2000), la esperanza de vida al nacer en el Distrito Federal es de 77 años en general, siendo los 79 años para las mujeres y los 74.8 años para los hombres. La tasa general de mortalidad fue de 5.3 mil habitantes, y la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) ascendió a 18.4 por mil niños nacidos vivos registrados. La edad promedio de muerte es de 60 años.

Entre las principales causas de mortalidad en el Distrito Federal, destacan las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares y del hígado, accidentes y afecciones en el periodo perinatal. Estas como los accidentes representan un alto costo en términos de pérdida de años de vida potenciales.

Las principales causas de mortalidad infantil son perinatales, malformaciones congénitas, deformidades, anomalías cromosómicas, influenza y neumonía, accidentes, infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales, desnutrición y otras deficiencias nutricionales. Esto refleja el deterioro de las condiciones sociales de vida directamente en la salud.

En lo referente a las zonas de alto riesgo de atención prioritarias detectadas, el INEGI reporta que Tlalpan es una zona en donde la tercera parte de su población tiene menos de 15 años y casi una cuarta parte es originaria de otras entidades. La tasa de natalidad es baja en contraste con la alta tasa de mortalidad (CIJ, 2002).

Entre las principales causas de mortalidad en mujeres en el Distrito Federal, la diabetes mellitus ocupa el primer lugar, seguida de la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebro vascular. Sólo un 15.2% presentan morbilidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.

Las principales causas de morbilidad en los hombres en el Distrito Federal está representada por el 72.3% que sufre lesiones, el 20.6 que sufre accidentes de tráfico vehiculos de motor, el 18.6% por otros accidentes, el 15.5% por homicidios, mientras que el 11.6% por otras lesiones intencionales y el 6.6% por suicidios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.9.1. Centro de Salud Comunitario

Respecto a los datos más recientes acerca de la población que acude al Centro de Salud localizado en San Pedro Mártir: "Dr. David Fragoso Lizalde", se encontró lo siguiente: la población mayoritaria es del sexo femenino, perteneciente a la edad productiva, es decir, entre 20 y 29 años de edad.

Tabla 1. Población total por grupo de edad y sexo 2001

Grupo de edad	Población absoluta	%	Hombres	%	Mujeres	%
0 años	653	1.70	316	0.82	337	0.88
1-4 años	2612	6.80	1264	3.29	1348	3.51
5-9 años	3419	8.90	1655	4.31	1764	4.59
10-14 años	3573	9.30	1729	4.50	1844	4.80
15-19 años	3650	9.50	1767	4.60	1883	4.90
20-24 años	3765	9.80	1822	4.74	1943	5.06
25-29 años	3803	9.90	1841	4.79	1963	5.11
30-34 años	3496	9.10	1692	4.40	1804	4.70
35-39 años	2997	7.80	1450	3.78	1546	4.02
40-44 años	2420	6.30	1171	3.05	1249	3.25
45-49 años	1959	5.10	948	2.47	1011	2.63
50-54 años	1537	4.00	744	1.94	793	2.06
55-59 años	1229	3.20	595	1.55	634	1.65
60-64 años	999	2.60	483	1.26	515	1.34
65-69 años	807	2.10	390	1.02	416	1.08
70-74 años	615	1.60	298	0.77	317	0.83
75-79 años	423	1.10	205	0.53	218	0.57
80-84 años	269	0.70	130	0.34	139	0.36
85 y más	192	0.50	93	0.24	99	0.26
Total	38,419	100	18,595	48.40	19,824	51.60

Fuente: Proyección CONAPO 1995-2030. Enero 2001.

En lo concerniente a los datos de morbilidad de la población de San Pedro Mártir, se acudió al Centro de Salud "David Fragoso Lizalde" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y se encontró que las enfermedades más comunes son la caries dental, la infección respiratoria aguda, la ausencia de menstruación, la dermatitis y las enfermedades inflamatorias del cuello uterino. De acuerdo con el reporte verbal del epidemiólogo del Centro de Salud, la población que acude con mayor frecuencia al centro son las mujeres y los niños. De ahí que las enfermedades referidas a continuación sean típicas en este tipo de poblaciones (Ver tabla 2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CON
DE ORIGEN

Tabla No.2 Morbilidad detectada en el Centro de Salud "David Fragoso Lizalde" 1999 – 2001.

Padecimiento		Frecuencia		
		1999	2000	2001
1	Caries dental	4271	3923	1888
2	Infección respiratoria aguda	3698	4234	5371
3	Menstruación ausente, escasa o rara	831	640	390
4	Dermatitis	493	516	923
5	Enfermedades inflamatorias del cuello uterino	492	183	226
6	Trastornos del desarrollo y erupción dental	434	465	270
7	Infección intestinal por otros organismos y las mal definidas	427	540	574
8	Enteritis y colitis no infecciosas	367	318	349
9	Enfermedades de la pulpa y tejidos peri apicales	366	641	700
10	Infección de vías urinarias	343	520	638
11	Otras infecciones intestinales por protozoanos	296	261	431
12	Otras enfermedades del Sistema Osteomuscular (dorsalgia)	291	197	240
13	Trastornos de la conjuntiva	222	241	237
14	Gingivitis y enfermedades periodontales	200	248	218
15	Gastritis y duodenitis		151	211
16	Obesidad y otros trastornos de sobrealimentación		185	195
17	Dolor y otras afecciones de genitales femeninos (dismenorea)		144	199
18	Cefalea			190
19	Otitis media aguda y otitis media			187

Fuente: Reporte verbal la Jefatura de Epidemiología del Centro de Salud "David Fragoso Lizalde"

3.10. Consumo de sustancias en la comunidad

Dado que no existían registros de enfermedad o padecimientos mentales ni de adicciones, se entrevistó a una trabajadora social del Centro de Salud antes mencionado. Se encontró que dos de los profesionales de la salud de este centro perciben la necesidad de capacitarse para poder abordar problemas de adicción en sus pacientes. Uno de los obstáculos en común que no permiten abordar este tipo de problemas es la falta de capacitación y la falta de tiempo. Por lo general cuando hay un problema de adicción, el personal del centro de salud canaliza al paciente con la trabajadora social y si esta no puede resolver el problema, lo mandan a una clínica de tercer nivel de atención como es el psiquiátrico Fray Bernardino o Centros de Integración Juvenil. Sin embargo, la falta de registros de los casos que presentan algún padecimiento mental o de adicción, complica el acceso a este tipo de información necesaria para el diagnóstico comunitario. Los profesionales de salud del Centro de salud sugirieron hacer una visita a las oficinas de la Jurisdicción Sanitaria para obtener los datos epidemiológicos referentes al uso de drogas y alcohol en Tlaxpan.

Dado que no existen reportes internos del Centro de Salud referentes al patrón de consumo de los pacientes que asisten a consulta, se optó por aplicar el Cuestionario de Formas de Consumo (Morales y Ayala, 2000) encontrándose lo siguiente gracias a la participación de 30 mujeres cuyo promedio de edad es 28 años y la ocupación que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

desempeñan en mayor proporción es al hogar (90%), mientras que el 10% es estudiante o trabaja fuera del hogar.

El 15% de las mujeres son solteras mientras que el 75% son casadas, el 5% son divorciadas y el 5% viven en unión libre. El promedio de hijos por mujer es de 1.45.

3.10.1. Patrón de consumo de sustancias en la mujer

3.10.1.1. Consumo de bebidas alcohólicas

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, tres mujeres han bebido en el último año, una mujer ha bebido en el último mes. La bebida que toman con mayor frecuencia son la cerveza y los destilados. El promedio de edad de inicio para beber bebidas alcohólicas es de 16 años y entre las razones que se reportaron para iniciar el consumo está el ambiente, las amigas y por gusto. La razón para continuar consumiendo es festejar algo debido a un evento o fecha importante. Ninguna de las mujeres participantes en la encuesta presenta problemas físicos por beber. Sin embargo presentan problemas familiares porque su pareja u otro familiar como hermano, padre, abuelo, sobrino, bebe en exceso por ocasión de consumo.

3.10.1.2. Consumo de tabaco

En lo referente al consumo de tabaco, se encontró que el 85% de las mujeres no fuman, mientras que el 15% sí lo hacen ocasionalmente o diario. La edad promedio de inicio en el consumo de tabaco fue de 15 años. Entre las razones que las mujeres mencionan para fumar se encontraron las siguientes: por gusto, para bajar de peso, por influencia de amigos, por nervios. Entre las razones que existen para seguir fumando están: *por antojo al ver a otra gente fumar, por mantener mi peso, por gusto, por calmar los nervios o cuando estoy nerviosa.*

Los problemas de salud reportados por las mujeres que fuman son dolor de cabeza y mareos. Cabe resaltar el papel del tabaco como elemento importante para el control de peso que la mujer hace de sí misma. No se reportó el consumo de otras drogas ilegales en las mujeres.

3.10.2. Patrón de consumo en la pareja

3.10.2.1. Consumo de bebidas alcohólicas

En relación con el consumo de la pareja, el 10% estaban bajo juramento y el 90% habían bebido en el último año. El número de copas por ocasión de consumo por parte de la pareja, el 25% toman tres copas o menos mientras que el 5% beben cuatro copas, el 20% beben 5 copas y el 50% bebe seis o más copas.

En cuanto a la edad de inicio para beber, el 70% de las parejas empezó a beber antes de los 14 años. Entre las razones que se mencionaron como motivo para empezar a beber fueron: por gusto, el 15%, por fiesta, convivencia o ambiente el 25%, por los amigos el 30%, por la falta de los padres el 10%, porque nadie les decía nada, el 10%, por tristeza el 5%, por problemas graves con los padres, el 5%. Esto indica que el papel de los padres de familia es un factor importante de riesgo o protección en el inicio del consumo de bebidas. Entre las razones que las mujeres mencionaron para que sus familiares continuaran consumiendo, se encontró que el 50% consume para festejar, para convivir o por influencia del ambiente, mientras que el 20% consume por gusto, el 10% por antojo, 10% por problemas y 10% por la muerte de alguien. Los problemas de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

salud más comunes en las parejas debido al abuso de bebidas alcohólicas son el síndrome de abstinencia 30%, problemas cardíacos 10%, problemas digestivos 50%, problemas neurológicos 10%.

3.10.2.2. Consumo de tabaco

Respecto al consumo de tabaco en la pareja, se encontró que el 37.5% de las parejas de las mujeres fuman ocasionalmente e inician el consumo a los 15 años en promedio. Fuman por la influencia de los amigos, por gusto, por nervios, por convivir, en fiestas. Siguen consumiendo por costumbre, por gusto, por nervios y por convivir con amigos. Los problemas de salud encontrados en los familiares son la tos, la gripe y la resequedad de garganta. No se detectó un consumo de otras sustancias diferentes al alcohol y al tabaco.

3.11. Tipos de apoyo buscados

Al preguntar a las mujeres si habían buscado ayuda para resolver el problema del consumo excesivo de alcohol o tabaco por parte de alguno de sus familiares, el 20% de las mujeres entrevistadas sí lo han hecho. Los tipos de ayuda más comunes son el juramento y asistir a Neuróticos Anónimos. El 45% de las mujeres no han buscado ayuda y el 30% de las mujeres consideran que sus familiares no tienen problemas en su forma de beber o fumar y por lo tanto no es necesario buscar ayuda. Sólo el 5% de las entrevistadas no sabía si buscar o no buscar ayuda.

3.12. Acceso a servicios de salud para tratamiento de Adicciones

Antes de intervenir directamente en la comunidad, de acuerdo con el modelo de Fawcett (1995), como parte de la evaluación del contexto comunitario, se investigó acerca de cómo se trata a los pacientes que son detectados con problema de adicciones. Debido a que en el Centro de Salud no se atienden las adicciones, todos los pacientes que son detectados con esta problemática son canalizados al Centro de Integración Juvenil Tlalpan, luego de dárseles una breve plática de consejería por parte del Departamento de Trabajo Social.

Fue así como para recabar datos sobre esta área, se acudió al Centro de Integración Juvenil Tlalpan en donde se encontró que San Pedro Mártir es una zona catalogada como de alto riesgo y de atención prioritaria en Tlalpan.

De acuerdo con los reportes del EBCO 2000 realizados por CIJ, en 1999 se atendió a 21,980 personas, de las cuales el 93% recibió prevención primaria, el 4% recibió sensibilización y promoción de servicios y el 3% (554 personas) recibió atención curativa. De estos últimos, 238 fueron consumidores de drogas y el resto familiares de ellos. Los datos referentes a la detección de zonas de alto riesgo que deben tener una atención prioritaria en Tlalpan de acuerdo al estrato sociourbano de una colonia o zona, que se obtiene a partir de la consideración de la urbanización, los servicios públicos, las edificaciones y la zona ambiental que existe en cada zona, como se muestra en la siguiente tabla:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 3. Zonas de alto riesgo de atención prioritaria en Tlalpan

Zonas	Estrato socio-urbano
Pedregal de San Nicolás 3ª. 4ª. Sección, Torres de Padierna	Medio bajo
Miguel Hidalgo, 1ª.-2ª. Secc.	Medio bajo
U.H. Narciso Mendoza	Medio alto
Tepeximilpa, Diamante, Mesa de Hornos	Bajo
Isidro Fabela, U.H. El Zapote	Medio bajo
Dos de Octubre, Mirador II	Bajo
Chichicaspatl, Lomas de Cuilotepec, Bosques del Pedregal, Belvedere	Bajo
Fuentes Brotantes	Medio alto
Ejidotes de San Pedro Mártir	Medio bajo

Fuente: Centros de Integración Juvenil, Centro Local Tlalpan

Las colonias catalogadas como de riesgo en la delegación Tlalpan son: AMSA, Barrio San Fernando, Bosques del Pedregal, Granjas Coapa, Lomas de Cuilotepec, Nuevo Renacimiento de Axalco, San Lorenzo Huipulco, Santa Ursula Xitla, Tlalpan, Toriello Guerra, Villa Lázaro Cárdenas. A su vez, las colonias de alto riesgo para el consumo de drogas son: Ampliación Isidro Fabela, Ampliación Miguel Hidalgo, Belvedere, Héroes de Padierna, Isidro Fabela, Pueblo Quieto, San Andrés Totoltepec, San Nicolás Totoltepec, San Pedro Mártir, Torres de Padierna, Villa Coapa.

Así mismo, de acuerdo con los datos de la ENA (1998), en Tlalpan, el uso de alcohol prevalece sobre todo en los hombres entre 30 y 39 años y en las mujeres entre los 40 y 49 años (véase la tabla No. 4).

Tabla No. 4 Uso de alcohol en los últimos 12 meses en Tlalpan

Edad	Hombres	Mujeres	General
12-17 años	32.7	26.9	29.6
18-29 años	78.6	53.8	64.9
30-39 años	86.5	56.7	69.1
40-49 años	71.4	60.3	65.0
50-65 años	73.7	43.6	55.9

Fuente: SSA-CONADIC, Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Con respecto al uso de tabaco, se observó que para la población de interés del presente estudio, los hombres entre 12 y 17 años tienen una prevalencia de consumo igual a 20.7 y las mujeres de 10.9; los hombres permanecen en primer lugar en el consumo, con respecto a las mujeres (véase la tabla No. 5).

Tabla No. 5 Uso de tabaco en los últimos 12 meses en Tlalpan

	Hombres	Mujeres	General
12-17 años	20.7	10.9	15.5
18-65 años	57.6	27.9	40.6

Fuente: ENA, 1998.

Con relación al uso de drogas ilícitas, el grupo de edad tanto en los hombres como en las mujeres que muestra una mayor prevalencia de uso alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días es el de 18 a 34 años (véase la tabla No. 6).

Tabla No. 6. Uso de drogas ilícitas en Tlalpan

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
General	7.3	1.4	0.9
Hombres	14.9	2.9	1.9
12 a 17 años	2.4	1.0	0.7
18 a 34 años	21.0	4.9	3.1
35 a 65 años	12.8	0.9	0.9
Mujeres	1.4	0.2	0.2
12 a 17 años	1.5	1.5	1.2
18 a 34 años	2.1		
35 a 65 años	0.6		

Fuente: ENA, 1998.

El consumo de drogas en zonas de alto riesgo de atención prioritaria en Tlalpan se da sobre todo en jóvenes varones sub o desempleados con estudios de primaria o secundaria, concluidas o no. Esta característica se ve permeada por la disponibilidad de las drogas mediante el tráfico y la oferta. Mediante la técnica de entrevista focal a informantes calificados en escuelas y en comunidad, se obtuvo el reporte de que la marihuana es la primera droga de uso, seguida de los solventes y la cocaína. Así mismo, el incremento del consumo es por las tardes y noches de los fines de semana.

c) Encuesta de Interés

Después de haber tenido acceso a las instancias que hasta el momento han dado respuesta al problema de adicciones en la comunidad, se procedió a realizar un ejercicio en la comunidad consistente en la aplicación de una encuesta de interés, propuesta por Fawcett et al. (1995), la cual ya se explicó con anterioridad en la sección de instrumentos, con el fin de hacer un sondeo en la población en general acerca de cómo era el patrón de consumo de sustancias adictivas.

Por tanto, mediante un muestreo aleatorio, se aplicó la muestra a 50 personas de la comunidad de San Pedro Mártir y 50 personas de la comunidad de volcanes, que es una colonia vecina de la anterior.

Se obtuvieron los siguientes resultados. El 55% de la población tenía entre 16 y 34 años de edad. El 60% de los entrevistados pertenecían al sexo femenino, mientras que sólo el 40% eran del sexo masculino. Una de las razones de esta diferencia de porcentajes es que los varones salen a trabajar fuera de casa, mientras que las mujeres permanecen más tiempo dentro de la comunidad, ejerciendo labores del hogar el 45%, mientras que el 15% son comerciantes y el 5% son profesionistas. El resto de la población se dedica a oficios o son jubilados.

De la población entrevistada, el 45% son habitantes de San Pedro Mártir, mientras que el 25% viven en Volcanes y el 30% residen en otras áreas de la ciudad pero vienen a trabajar a estas colonias.

Se encontró que más de la mitad de la población, casi el 90% percibe que el uso de alcohol y drogas es un gran problema para la comunidad, que se da sobre todo en los adolescentes y que nadie ha hecho nada por arreglarlo porque las personas del gobierno son ineficaces. Hay personas que reportan un sentimiento de desesperanza,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en donde expresan que ya nada puede hacerse, o que es muy difícil hacer algo porque algunos los vecinos no cooperan.

El 80 % de los entrevistados menciona que la mayor droga de uso son los inhalables, mientras que el 75% de las personas piensa que lo son la cocaína y la marihuana y el 70% piensa que lo es el alcohol. Sólo el 45% de las personas reportó que las pastillas son consumidas dentro de la comunidad.

En otro apartado, se les preguntó a los entrevistados qué tan satisfechos estaban respecto a los esfuerzos realizados en la comunidad para solucionar el problema del consumo de sustancias, frente a lo que dos terceras partes de la población contestaron que no estaban satisfechos pues no se había hecho nada al respecto según su parecer.

Finalmente, se les preguntó que a dónde acudirían para pedir ayuda si algún conocido tuviera un problema de consumo de sustancias. A este respecto, el 25% de las personas contestaron que irían a los centros de Alcohólicos Anónimos, en tanto que el 20% asistiría al médico, el 15% iría con un familiar, el 10% iría con un sacerdote para realizar un juramento, el 5% asistiría a un anexo de Alcohólicos Anónimos, mientras que otro 5% acudiría al hospital o centro de salud más cercano y el 20% restante no buscaría ayuda.

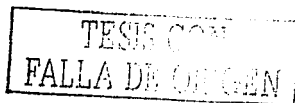
Discusión y Conclusión

El presente estudio es sólo una primera aproximación a la comprensión del fenómeno del uso y abuso de sustancias en una comunidad al sur de la ciudad de México con base en el Modelo de Movilización y Empoderamiento Comunitario de Fawcett (1995), por lo que se enfatiza que los resultados obtenidos no son conclusivos

Debido a la premura del tiempo, sólo se tuvo la oportunidad de llevar a cabo parte de la primera fase del modelo que es la Evaluación del contexto comunitario y la planeación colaborativa para la comunidad de San Pedro Mártir y parcialmente para la comunidad de Los Volcanes, se obtuvieron datos sobre los indicadores sociodemográficos y comunitarios.

Inicialmente se llevó a cabo la evaluación diagnóstica de la comunidad con base en los registros obtenidos por diferentes instituciones públicas. Se pudo obtener información sobre el consumo de alcohol y otras drogas de cien personas de la comunidad, siendo los inhalables la droga de mayor consumo percibido por los habitantes, luego de la cocaína y la marihuana, así como el consumo excesivo de alcohol en la comunidad y los problemas asociados a este como es la violencia intrafamiliar, la reunión de grupos de personas para consumir bebidas alcohólicas en la vía pública así como la percepción de inseguridad y miedo por parte de los miembros de la comunidad.

Faltaría por indagar el significado que tiene el alcohol para la comunidad, así como otras sustancias, principalmente los inhalables que son consumidos por los menores de edad sobre todo. Este último punto podría hacerse mediante un estudio de orientación cualitativa, al aplicar por ejemplo la técnica del informante calificado a hombres y mujeres en la comunidad.



Se observó que los factores de riesgo más importantes son la disponibilidad que existe para las bebidas alcohólicas y otras sustancias como el tabaco y los disolventes volátiles como los inhalables, representada en el número de expendios de cerveza y licor, los cuales suman 40 entre las dos colonias estudiadas (San Pedro Mártir y Volcanes). Existen además 4 restaurantes que venden bebidas alcohólicas con o sin alimentos. Así mismo, existen en la zona 5 tlapalerías.

Se identificaron 8 centros de reunión en los que se observó que adolescentes y adultos comparten por separado en las tardes bebidas alcohólicas. Estos hechos son percibidos por la comunidad como una falta de seguridad y miedo a transitar por las calles en cuanto anochece. Cabe mencionar que los centros de reunión de los más jóvenes, es decir de los niños en edad escolar, son las tiendas de abarrotes que poseen juegos conocidos como "maquinitas", de los cuales se encontraron 8 en total. Se encontraron cuatro tiendas de abarrotes las cuales no expenden bebidas alcohólicas pero sí tabaco. Sólo se encontraron dos farmacias.

Se observó que algunas de las personas que viven actualmente en la zona, son personas originarias de estados como Oaxaca, Guerrero. Esto significa que entre estas personas podría haber un fenómeno de no identificación con la propia comunidad, al no sentirse parte de la comunidad y en consecuencia tienen poco sentido de pertenencia.

Así mismo, se observa un descuido la zona geográfica, lo cual se ve plasmado en el hecho de la existencia de basura, desperdicios y escasez de áreas verdes.

Algunas de las acciones que los habitantes de la comunidad han hecho es reunirse en Comités Vecinales, destinados a tratar asuntos de diferentes áreas. Se observó que las áreas que mayor promoción tienen son la salud y la vigilancia. En esta última los vecinos han incluido la participación de los policías en sus juntas vecinales, las cuales se llevan a cabo cada mes o cuando algún problema lo amerita, cada quince días.

A este respecto, se tuvo la oportunidad de asistir a una junta vecinal en la colonia volcanes, a la cual fui invitada por una de las personas de la comunidad y en la que se puede ver que existe un gran problema de violencia en la zona, ya que la existencia de pandillas y bandas han suscitado conflictos, riñas y peleas. Por este motivo, los vecinos de volcanes se han reunido junto con los policías de la zona para acordar soluciones a este problema de violencia que de acuerdo con sus testimonios los ha rebasado como habitantes de la zona. Se puede decir que otro de los factores de riesgo en la zona es la violencia interpersonal en el ámbito familia/pareja y comunidad.

Los vecinos del lugar piensan que estos grupos que propician violencia pueden estar relacionados con la venta y distribución de drogas ilegales.

En la comunidad también se observaron algunos de los factores protectores identificados para la atención en la localidad son la existencia de instituciones de atención a la salud más importantes a nivel nacional, hospitales de tercer nivel de atención e institutos de investigación pertenecientes a la Secretaría de Salud y muchas de estas instituciones de dedican a la atención de la salud mental. Así mismo, existen clínicas de primer y segundo nivel. Hay instituciones educativas importantes en la Delegación, tales como la UNAM.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la comunidad de San Pedro Mártir, un factor que ha sido determinante para el desarrollo de la misma ha sido la existencia del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur. A su vez, la Iglesia católica ha realizado un trabajo de cooperación y colaboración con sus feligreses, formando grupos pequeños de trabajo distribuidos en distintas partes de la comunidad. Las funciones de estas pequeñas "comunidades" son promover actividades religiosas y de bienestar social para la comunidad. La cabeza de estos grupos es una figura de gran importancia y respeto en la comunidad, el párroco Jesús Ramos.

Se observa que esta comunidad posee ya cierto grado de movilización, dada por la organización de los grupos religiosos que son coordinados por el párroco, el Padre Jesús Ramos. Además, existe el interés de los vecinos para hacer algo respecto a la seguridad de sus colonias y la mejoría de su calidad de vida, pero aún no se han organizado para hacer algo respecto al tema de las adicciones, ya que se cree que los grupos de Alcohólicos Anónimos ya tienen esa labor en la comunidad.

Otro aspecto observado en la comunidad es la creencia de los habitantes en que es responsabilidad del gobierno llevar a cabo las acciones para la prevención de adicciones. Es aquí en donde habría que observar el grado de autogestión y coordinación de esfuerzos que existe en la comunidad, así como las barreras para el cambio social existentes.

Se esperaría continuar con el desarrollo del presente proyecto para lograr esclarecer las diferencias que hay con lo que propone el autor del modelo, al aplicarlo a una comunidad urbana en México.

Se retoma el análisis respecto al planteamiento de preguntas básicas de orden ético acerca de la naturaleza de los programas de promoción de salud existentes en una sociedad: ¿Qué tipo de vida debería vivir? ¿Qué queremos hacer con la vida que la buena salud puede proporcionarnos? Este autor menciona que en la primera etapa de la intervención (Evaluación del contexto) puede llegar a tardar más de un año en algunos casos, ya que entrar a la comunidad implica un proceso de intercambio y conocimiento entre el investigador o los investigadores y los habitantes de la comunidad.

En la estrategia de promoción de salud y desarrollo comunitario queda implícita la valoración de la acción ciudadana en la que los vecinos de una comunidad trabajan juntos para mejorar el mundo que los afecta. Esto contribuye a que las personas tengan y refuercen un sentido de integridad, de pertenencia, de conexión y de autogestión como parte de las acciones principales para el cambio.

Uno de los objetivos del programa de residencia en adicciones es que el conocimiento psicológico no se quede en las aulas universitarias, sino que se disemine y se busquen los medios de adopción posibles.

La dificultad que se enfrentó en el manejo de las barreras comunitarias y grupos pertenecientes a la comunidad, implica que para el futuro el esfuerzo podría dirigirse hacia el logro de un mayor conocimiento de los factores involucrados en el proceso de diseminación de la tecnología psicológica en una comunidad y especialmente al abordar el tema de las adicciones, en donde el investigador se encuentra con estilos de pensamiento diferentes a los planteados por los teóricos de la psicología comunitaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al tocar el tema de las adicciones en una comunidad puede pensarse que "la ropa sucia se lava en casa". A diferencia de la atención individual, el proceso donde se genera el fenómeno no es inducido por el investigador, sino que se trata de un proceso comunitario. Parte dicho proceso conductual es que la propia comunidad llegue al punto de querer revelar la información existente referente al consumo de sustancias y para llegar a esto, en el programa apenas se está entendiendo cómo hacerlo. En esta investigación se necesita entender qué es lo que no funcionó de forma que se puede modificar para hacer más accesible y aceptable la información a la comunidad. El reto es continuar en la búsqueda de la comprensión del fenómeno de la adicción a nivel comunitario y no abandonar.

Debe aclararse que el modelo de intervención comunitaria propuesto en este ejercicio de investigación es sólo una alternativa más, la cual no será impuesta a la comunidad. En este sentido, el investigador debe estar preparado para efectuar con delicadeza las acciones comunitarias sin forzar la entrada a un marco de valores impuestos. El papel de la ciencia es entender y respetar la dinámica de un fenómeno y proponer alternativas de solución. Se esperaría que el conocimiento científico tuviera un impacto en las políticas públicas locales, regionales y nacionales.

El valor de esta investigación es que en sí misma representa una primera aproximación al estudio del fenómeno de las adicciones en el ámbito comunitario.

Finalmente, cabe mencionar que un producto derivado de esta investigación fue la presentación de la misma en dos congresos, uno de los cuales fue el Congreso Nacional de Especialistas en Adicciones y el otro el Coloquio Internacional sobre Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas, en Febrero del presente año, llevado a cabo en la UNAM, Ciudad Universitaria.

Capítulo IV.
Estudio de caso

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTUDIO DE CASO

1. Antecedentes

Este reporte incluye como última parte la presentación del desarrollo de un caso clínico tratado con el Modelo de Autocambio dirigido para Bebedores Problema, (CONACYT Proyecto No. 3283-H9308) que se describe en el presente capítulo.

A continuación se describen brevemente los fundamentos del Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.

El programa de auto cambio dirigido es una modalidad de tratamiento para las personas que consumen alcohol de forma excesiva, es decir, personas que tienen una historia de consumo periódico en los que han tenido consecuencias problemáticas pero al mismo tiempo periodos de abstinencia. Estas personas tienen problemas debido a su forma de beber pero aún mantienen un nivel funcional en otras áreas de su vida, estos son los llamados "bebedores problema" (Ayala, Cárdenas, Echeverría, Gutiérrez, 1998).

Los criterios de inclusión al programa de autocambio dirigido para bebedores problema son: tener una dependencia baja o dependencia media al alcohol de acuerdo con la Escala de diagnóstico BEDA (puntaje entre 1 y 19), ser mayor de 18 años de edad, saber leer y escribir, tener un domicilio permanente, tener ausencia de alucinaciones, convulsiones y delirium tremens, es decir, no tener algún daño o enfermedad que limite la asistencia al programa, la droga de consumo principal debe ser el alcohol, no acudir actualmente a otro tipo de tratamiento, tener disposición para acudir a un tratamiento que consta de una sesión de admisión, otra de evaluación, cuatro sesiones de tratamiento y cuatro de seguimiento.

Sin embargo también se puede utilizar el AUDIT o el CAGE como prueba de tamizaje para reflejar al usuario el grado de consumo que tiene.

De ahí que reviste una importancia especial la comprensión de la diferencia entre un bebedor problema y un alcohólico. Como ya se mencionó en el capítulo 1, de acuerdo con los datos de la ENA (1998), aproximadamente el 40% de la población se ubica en los patrones mensuales o semanales asociados al consumo de altas cantidades de alcohol, particularmente uno de cada diez varones que habitan en zonas urbanas cumple con este patrón de consumo.

De acuerdo con Sánchez-Craig (1993), beber con frecuencia en un periodo de tiempo causa una amplia gama de problemas. Quizás la diferencia para el bebedor problema sea que a pesar de los problemas que ha tenido en su familia o en el trabajo por beber, este aún no ha experimentado serios problemas en su salud física. El grado de dependencia del bebedor problema va de media a moderada, pero nunca severa. De esta forma, aquellos que se ubican en esta última categoría (dependencia severa) quedarían fuera de un programa de autocambio dirigido.

Varios autores han puesto énfasis en la visión del alcoholismo como un problema de comportamiento y no una enfermedad progresiva, incurable y mortal (Miller, 1978; Marlatt y Gordon, 1985; Sánchez-Craig, 1993; Ayala, Cárdenas, Echeverría, Gutiérrez, 1995; Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con Sánchez-Craig (op cit.), los bebedores excesivos tienen señales de alarma que deberían tomarse en cuenta antes de que estas evolucionen hacia problemas serios, como se muestra a continuación:

Señales de alarma del bebedor problema	Problemas serios
<ul style="list-style-type: none"> • Olvido de cosas • Resultados anormales en exámenes de laboratorio • Problemas estomacales como náusea y vómito • Peleas familiares por beber • Ausentismo laboral ocasionalmente • Llegar tarde al trabajo o tener resaca en el trabajo • Bajas calificaciones escolares en caso de ser estudiante • Conducta imprudente • Consumos excesivos esporádicos • Disponer dinero para comprar bebidas alcohólicas • Beber para enfrentar el estrés 	<ul style="list-style-type: none"> • Daño permanente en la memoria • Cirrosis hepática • Úlceras • Romper relaciones familiares • Pérdida de trabajo • Abandono escolar • Detenciones por cometer daños al manejar en estado de ebriedad • Pensamientos y conductas persistentes para el consumo de alcohol • Estar endeudado y sin dinero para pagar • Dependencia severa al alcohol

Fuente: Sánchez-Craig (1993) Addiction Research Foundation

A continuación se aborda la diferencia entre los tratamientos tradicionales que se han utilizado para alcohólicos y el tratamiento del bebedor problema, que es el tema de estudio principal en la presente obra.

Existen diversas perspectivas en los programas de tratamiento y rehabilitación del alcohólico y el bebedor problema. Tradicionalmente, el enfoque médico ha predominado en el ámbito de las ciencias médicas. Menciona que el éxito del tratamiento depende del periodo de abstinencia que el paciente sea capaz de mantener. Para ayudar a este propósito, se toma como referencia: a) el uso de medicamentos para coadyuvar en el proceso de desintoxicación, por ejemplo, ansiolíticos y medicamentos como el disulfiram y el metronidazole; b) el uso de terapias aversivas, en donde se relacionan estímulos dolorosos con el consumo de alcohol dentro de una situación experimental controlada; c) la psicoterapia con orientación psicoanalítica, que carece de investigaciones en donde se compruebe su efectividad (Ayala y Gutiérrez, 1993).

Si se parte de la premisa que indica que los mecanismos que propician el desarrollo y el mantenimiento de patrones de conducta desadaptativos son equivalentes a aquellos de patrones de conducta adaptativos, entonces los problemas de salud como el alcoholismo y la farmacodependencia deben concebirse "como comportamientos adictivos y no como procesos de una enfermedad progresiva e incurable" (Ayala y Cárdenas, 1996, pág. 5).

Varios autores han confirmado un énfasis en observar el abuso de alcohol como un problema de comportamiento y por tanto, el tratamiento debe abordarse desde una perspectiva conductual (Marlatt y Gordon, 1985; Miller y Rollnick, 1991; Sobell y Sobell, 1993).

La tradición de los programas de tratamiento orientados conductualmente surge desde 1970 con los trabajos de Lovibond y Caddy, quienes utilizaban como técnica principal de intervención el autocontrol. Después, autores como Miller, 1978; Pattison, Sobell y Sobell, 1977; Sánchez Craig, Annis, Bomett y Mac Donald, 1984; Rychtarik, Foy, Scott, Lokey y Prue, 1987; Heather, Robertson, MacPherson, Allsop y Fullton, 1987; Alden, 1988, (citados en Ayala y cols., 1995), también desarrollaron tratamientos con base en este modelo.

Ayala y Cárdenas (1996) definen la recuperación como una tarea de aprendizaje, pero para afirmar esto se requiere comprender lo siguiente: la etiología de una conducta adictiva está regida por los principios de aprendizaje.

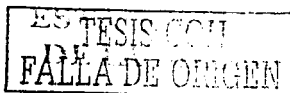
Una de las teorías que es básica para comprender el programa de autocambio dirigido es la Teoría del Aprendizaje Social, que asigna prominencia a los factores mediacionales o factores personales al explicar el aprendizaje y la conducta (Bandura, 1977). Esto significa que un individuo es tanto agente como receptor de patrones de conducta. Tanto las conductas como los ambientes interactúan con las capacidades cognitivas individuales básicas: la capacidad de simbolización, la capacidad de pensamiento, la capacidad vicaria, la capacidad de autorregulación y la capacidad de reflexión.

Velasco (2001) señala que es común englobar todas las tipologías de consumo riesgoso bajo el nombre de alcoholismo, al no conocer la diferencia exacta entre un alcohólico y un bebedor problema.

El tratamiento que se otorga al bebedor problema es una modalidad que surge hasta hace poco con los trabajos de autores destacados como Marlatt y Gordon (1985), Miller y Rollnick (1991), Sobell y Sobell (1993) quienes han construido sus propuestas de intervención basados en una perspectiva conductual.

A través de la experiencia de los autores citados anteriormente quienes se han dedicado a la investigación del tratamiento de los problemas de beber, se ha observado que los tratamientos breves y de consulta externa son una opción para los servicios clínicos que la población requiere.

En el tratamiento de conductas adictivas intervienen variables cognitivas que hacen más complejo el abordaje del fenómeno, por lo que se tuvo que echar mano de procedimientos conductuales que dieran respuesta a los huecos que los procedimientos tradicionales dejaron a su paso. Ya no bastaba con relajar al individuo, o condicionarlo con estímulos aversivos y el manejo de contingencias, ahora se aplicarían procedimientos como las técnicas de autocontrol, el análisis funcional de la conducta de beber, la reestructuración cognoscitiva y el desarrollo de estrategias de afrontamiento para la prevención de recaídas así como las situaciones de alto riesgo (Ayala y Gutiérrez, op cit.). En términos conductistas, un programa multimodal para el alcoholismo incluiría los siguientes componentes: contracondicionamiento aversivo, entrenamiento en relajación, desensibilización sistemática, entrenamiento en



habilidades, técnicas de control de estímulos, auto-confrontación videograbada, discriminación de niveles de alcohol en sangre, bioretroalimentación, manejo de contingencias, entrenamiento en asertividad.

El Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema fue desarrollado por los doctores Sobell en Toronto Canadá. En México, el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema ha sido adaptado por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1995), quienes aplicaron el programa en un inicio a 177 bebedores problema en la ciudad de México, quienes completaron el programa de tratamiento de auto-cambio dirigido al asistir a las cuatro sesiones de tratamiento. La edad promedio de la muestra fue de 37.5 años de edad. Esto habla de una población económicamente activa, dado que representa una importante fuerza de trabajo laboral. Todos tenían un nivel de dependencia media al alcohol. Los resultados muestran una disminución en la cantidad de tragos estándar consumidos, así como un incremento en el grado de satisfacción con el estilo de vida de los individuos a través de las fases de pre-tratamiento, tratamiento y seguimiento. Se observó que los problemas relacionados con la forma de consumir alcohol son de tipo cognitivos, afectivos e interpersonales y de agresión (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998)

Este es un tratamiento efectivo y menos restrictivo, pensado para ayudar a la persona con problemas en su conducta de beber.

El objetivo general del programa es lograr que el usuario conozca y analice su propio consumo y desarrolle planes de acción para modificar la conducta problema, en este caso, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

El programa de tratamiento se caracteriza por:

- Ser un tratamiento de corte cognitivo-conductual
- Ser una intervención breve
- Ser un programa motivacional para bebedores problema que no presentan una dependencia física al alcohol y quieren cambiar su forma de consumo.
- Se ofrece en consulta externa, no requiere de internamiento.
- Puede aplicarse tanto individualmente como grupalmente.
- Utiliza la biblioterapia como herramienta de trabajo. Se ha observado que los programas de tratamiento en adicciones que tienen una orientación cognitivo conductual, otorgan al cliente la oportunidad para reconocer y desarrollar sus habilidades para hacer frente a problemas en el consumo de sustancias tanto legales como ilegales. El individuo, al conocer mediante la biblioterapia la naturaleza de su problema conductual, parte de hechos observables y con ello gana la confianza de poder controlar su propia conducta.

A continuación se enlistan los principales componentes que caracterizan al Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.

1. El usuario participa en la planeación de su tratamiento al momento de proporcionar información útil y valiosa acerca de su problema de conducta. El usuario elige su meta de tratamiento, sea esta de moderación o abstinencia y donde la responsabilidad para el cambio se centra en el propio bebedor.

2. Se observan las interacciones sujeto entorno y se hace un análisis funcional de la conducta de beber.

3. El usuario pone en práctica sus propios recursos para alcanzar la meta de tratamiento y también aprende nuevas habilidades para enfrentar las situaciones que le ocasionan beber en exceso.

4. El usuario lleva a cabo un monitoreo de su conducta de beber a lo largo del tratamiento. En esta parte el cliente pone en juego la autoeficacia para la conducta de tratamiento.

5. La motivación para el cambio es un elemento central en la decisión para cambiar, en el establecimiento de metas y en la búsqueda y utilización de apoyos para mantener el cambio.

6. La recaída se concibe como parte de un proceso de aprendizaje, de la cual el sujeto puede incorporar nuevas experiencias para enfrentar situaciones difíciles en el futuro.

7. La recuperación es una meta a largo plazo, que involucra un cambio en el estilo de vida del usuario y la puesta en práctica de las habilidades aprendidas.

El Modelo de Autocambio dirigido para Bebedores Problema está basado en cuatro conceptos básicos: el autocontrol, el análisis funcional, la motivación para el cambio, la autoeficacia.

a) El Autocontrol

Martatt y Gordon (1985) mencionan que el autocontrol en sí mismo es una aproximación para el mantenimiento del cambio conductual. En un principio se utilizaban procedimientos operantes como el control de estímulos y la técnica de auto-refuerzo promovida por Skinner en 1953, sin embargo las aproximaciones más recientes hacen énfasis en la existencia de componentes cognitivos y el uso de técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en la solución de problemas y la toma de decisiones.

El programa de tratamiento maneja el autocontrol del usuario en el momento en que este propone sus metas de tratamiento, junto con el terapeuta, a fin de decidir si optará por la moderación (si el caso lo amerita y no es contraindicado).

Martatt y Gordon (1985) destacan la diferencia entre el desarrollo inicial o la etiología de una conducta adictiva y los factores asociados con el cambio de estos comportamientos. Los teóricos del auto-control han enfatizado que el individuo es capaz de ejercer control y asumir la responsabilidad por el proceso de cambio de un hábito adictivo. Dicha responsabilidad se adquiere al involucrarse activamente en el proceso de cambio, tal y como uno se entrena en la adquisición de una habilidad o tarea.

Así mismo, Ayala y Cárdenas (1996) mencionan que la abstinencia o la moderación son formas de control aprendidas.

b) Análisis Funcional de la Conducta de Beber

Uno de los medios que apoyan el análisis funcional de la conducta de beber es el autorregistro del consumo diario de bebidas alcohólicas por parte del sujeto, en el que se le preguntan las circunstancias que precedieron y antecedieron los consumos que tuvo durante la semana. Se analizan las situaciones de riesgo que estuvieron presentes en el episodio de consumo y se describen los pensamientos asociados con la conducta de beber.

c) Motivación para el cambio

Para lograr este punto, en el programa de autocambio dirigido se utiliza la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991). Miller (2000) ha trabajado durante tres décadas y ha observado a través de sus estudios algunas características comunes en el tratamiento de los bebedores problema: a) las intervenciones relativamente breves pueden dar como resultado un cambio significativo, b) la empatía del terapeuta puede ser un potente predictor del cambio del cliente, c) la sesión de consejería que es empática puede mejorar sustancialmente el resultado del tratamiento subsecuente. Estos fenómenos son considerados a la luz de otros hallazgos en la literatura sobre el tratamiento de adicciones y los resultados de tratamiento. Al presente, no existe una explicación única sobre la eficacia de las intervenciones breves.

d) Autoeficacia

Otra característica es el manejo de la autoeficacia. Marlatt, Baer y Quigley (1999), sostienen que la autoeficacia percibida juega un rol específico y único en el área de las conductas adictivas. Las creencias de autoeficacia influyen sobre el desarrollo inicial de los hábitos adictivos y sobre el proceso de modificación de conducta que conlleva el cese de tales hábitos y el mantenimiento de la abstinencia.

Por un lado se ha tratado de comprender a la autoeficacia percibida en la prevención de la aparición de la conducta adictiva (resistencia) así como en la conducta de cese (recaída) y se ha observado que la autoeficacia tiene implicaciones tanto en el inicio como en la resistencia al consumo de sustancias.

Bandura (1999) señala la existencia de cinco tipos diferentes de auto-valoraciones de eficacia:

1) *La auto-eficacia de manejo*, que se refiere a la confianza en la propia habilidad para manejar exitosamente las situaciones que predisponen al consumo de sustancias. 2) *La auto-eficacia para la conducta de tratamiento*, que se refiere a la confianza del cliente en su habilidad para ejecutar las tareas requeridas para lograr el cambio personal, por ejemplo, el automonitoreo. 3) *La auto-eficacia de recuperación*, referente a los juicios de la capacidad para recuperarse de las recaídas y los resbalones. 4) *La autoeficacia de control*, que se refiere a la capacidad percibida para controlar o moderar la conducta en cuestión (por ejemplo, evitar el consumo excesivo de alcohol o de alimentos). 5) *La auto-eficacia de abstinencia*, referente a las propias capacidades percibidas para abstenerse del consumo de sustancias adictivas.

Sin embargo, Marlatt, Baer y Quigley (op cit.), proponen otra tipología que concibe a la auto-eficacia como un proceso compuesto de varias fases: inicio, modificación de conductas adictivas y mantenimiento:

Para la fase inicial, se encuentra en principio la *autoeficacia de resistencia*, conformada por los juicios sobre la propia capacidad para evitar el consumo previo a la iniciación del hábito. Después, la *auto-eficacia para la reducción del mal*, se refiere a la eficacia para la reducción del riesgo luego el uso inicial.

Para la fase de modificación de conducta, existe la *autoeficacia de acción*, que es la confianza en las propias capacidades para alcanzar la meta deseada de la abstinencia o el consumo controlado.

Para la fase de mantenimiento a largo plazo de la modificación alcanzada, se encuentra la *auto-eficacia de manejo*, referente a la eficacia anticipatorio para manejar las crisis de recaídas y la *auto-eficacia de recuperación*, que implica el restablecimiento del manejo tras los episodios de recaídas.

Tanto la eficacia de manejo, como la eficacia de recuperación son centrales para el estado de mantenimiento de la modificación de hábitos.

"La eficacia percibida puede influir sobre todas las fases del cambio personal – cuando las personas contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, cuando tratan de reunir la motivación y la perseverancia necesarias para tener éxito en caso de decidir hacerlo y cuando mantienen adecuadamente los cambios que han logrado" (Bandura, 1999, pág. 249).

Cabe destacar los siguientes aspectos que son considerados en el programa de autocambio dirigido:

Meta de tratamiento

El programa de autocambio dirigido para bebedores problema otorga al individuo la decisión para optar por dos metas en su tratamiento: la moderación o la abstinencia de bebidas alcohólicas, dependiendo del patrón de consumo que tenga y que no sea contraindicado de acuerdo con el estado de salud del mismo.

Por otro lado, se ha hablado mucho sobre los alcances que puede tener un tratamiento orientado hacia la moderación. Beber de forma controlada como meta de tratamiento para los alcohólicos ha causado grandes controversias en las últimas tres décadas. Sin embargo, autores como Miller y Rollnick (1991), han tenido resultados favorables en el seguimiento a dos años de pacientes en recuperación que siguieron el tratamiento de la moderación.

Esto significa que la naturaleza del tratamiento a largo plazo, la estabilidad y la predictibilidad de los resultados que siguen un tratamiento orientado a la moderación tienen importancia teórica y clínica. Miller y Rollnick (op cit.) han dicho que la meta de moderación puede ser una meta óptima para bebedores jóvenes con menos problemas que impliquen severidad, al ofrecer una alternativa aceptable y efectiva diferente de aquellas que tienden a llevar una abstinencia de por vida.

En un estudio llevado a cabo por Miller y Muñoz (1982) (citado en Marlatt y Gordon, 1985), se evaluaron los resultados de cuatro cohortes de bebedores problema con diferente severidad, a los tres años y medio, cinco, siete y ocho años respectivamente, que seguían un programa de entrenamiento conductual en autocontrol. Todos los sujetos recibieron un entrenamiento en autocontrol conductual que incluía seis elementos: 1) el establecimiento de una meta específica, 2) auto-monitoreo de la conducta de beber o de la necesidad de beber, 3) estrategias para reducir o evitar el consumo, 4) auto-reforzamiento para alcanzar metas, 5) identificación de situaciones de alto riesgo y 6) alternativas diferentes a beber como una respuesta de enfrentamiento.

Estos autores encontraron que los pacientes que buscan tratamiento con una meta para controlar su forma de beber muestran mayores tasas de abstinencia o de no remisión. Los pacientes tratados con una meta para controlar su forma de beber mostraron abstinencia (23%) y no remisión (35%). Los abstinentes constituían el 39% de los casos en mejoría o el 62% de las remisiones.

Se encontró también que los bebedores que aún no presentaban síntomas de dependencia son más probables que rechazaran la etiqueta de alcohólicos o de bebedores problema así como también rechazaron la meta de abstinencia para sí mismos.

Las fases de la recuperación

La recuperación es un fenómeno complejo que involucra varias facetas, varias dimensiones de la vida cotidiana se ven involucradas con el consumo, la dependencia, la salud física y el desequilibrio neuropsicológico, están modestamente interrelacionadas y el conocimiento de cualquiera de estas de forma aislada provee poca información.

Sin embargo, en el tratamiento de conductas adictivas, la recuperación se define como una tarea de aprendizaje (Ayala y Cárdenas, 1996) en la que el individuo es habilitado para cambiar un patrón de hábitos adquirido.

Cambio conductual

El proceso de cambio de una conducta adictiva está relacionado con tres fases o etapas: compromiso y motivación para el cambio, instrumentación del cambio conductual específico y el mantenimiento del cambio conductual como una tarea a largo plazo. En este sentido, el cambio es visto como un proceso y no como un evento discreto (Ayala y Cárdenas, 1996).

Es deseable que en el tratamiento exista una evolución del ¿por qué? al ¿cómo?, lo que trae como consecuencia que la responsabilidad sea entendida en dos niveles: la responsabilidad en la contribución personal al desarrollo del problema y la responsabilidad para la búsqueda de una solución. Por tanto, los factores asociados con el desarrollo inicial de una conducta adictiva podrían ser independientes de los factores asociados con el cambio de una conducta (Marlatt y Gordon, 1985).

Autores como Prochaska y DiClemente (1982) han llegado a la conclusión que afirma que las personas que quieren cambiar una conducta, entran dentro de un proceso compuesto por cinco etapas de cambio: precontemplación, contemplación, acción,

mantenimiento y recaída. Varios factores pueden ejercer influencia en el deseo del individuo para abstenerse o controlar su consumo, incluyendo la vigilancia de las consecuencias negativas a largo plazo tales como los efectos en la salud, el bienestar personal, la vida social y familiar, el empleo, etc. Al utilizar sustancias se obtienen efectos benéficos a pesar de los niveles alcanzados en la dosis, la confrontación con otros significativos, el contacto con ex consumidores exitosos, la crisis espiritual, el cambio significativo en el estilo de vida.

El cambio exitoso implica una evolución o progresión de la fase de precontemplación a la de contemplación, acción y mantenimiento del cambio, sin embargo, *"el problema principal en el tratamiento de conductas adictivas es el hecho de que la mayoría de los individuos no progresan de manera lineal a través de esas etapas de cambio"* (Ayala y Cárdenas, 1996, pág. 7).

Desde esta perspectiva teórica, el cambio conductual es visto como un proceso y no como un evento aislado, por lo que la recaída es parte de ese proceso y no un fracaso en sí mismo. En esta lógica, es necesario que el clínico se percate del lugar en el que se encuentra el individuo dentro de este ciclo de cambio, como preámbulo para la intervención terapéutica formal.

Una vez que la motivación para dejar de consumir sustancias se ha desarrollado, el individuo puede hacer un compromiso específico para cambiar al decidir abstenerse o moderarse de su consumo en un tiempo y lugar específicos. Muchas veces, las personas llegan a esta etapa de forma impulsiva, sin pensar en el compromiso que implica cambiar.

En la segunda etapa, la implementación del cambio de conducta en sí mismo, es el acto de aplicar las estrategias iniciales para controlar o dejar el consumo de sustancias. Esta es la fase básica de tratamiento en la que los individuos depositan una importancia central. Marlatt y Gordon (1985) hacen una metáfora de esta fase como cuando uno se embarca en un viaje en el que deja su casa porque sabe que tardará tiempo en dicho viaje. Es el acto de despegar, es el primer paso en el viaje.

Mantenimiento del Cambio conductual

Siguiendo la metáfora del viaje de Marlatt y Gordon (op cit.), si el individuo cree que el cambio es exitoso una vez que ha dejado de consumir, entonces no dará importancia a las incomodidades y demandas durante dicho viaje que corresponde a la etapa de mantenimiento. La fase final y la más importante del proceso de cambio es la etapa de mantenimiento porque es en esta etapa, la cual inicia desde el momento en que el individuo empieza su abstinencia o su moderación, en la que el individuo debe trabajar más fuerte para mantener el compromiso para cambiar a través del tiempo. Es en esta etapa que el individuo tendrá que enfrentarse a una serie de tentaciones, estresares y la inercia a regresar a los poderosos y viejos patrones de conducta.

La evidencia empírica ha demostrado que las tasas de recaídas son del 75% en individuos considerados como alcohólicos (Hunt, Barnett y branco, 1971, citado en Ayala y Cárdenas, 1996). *"Sin embargo, la mayoría de estos individuos no abandonan el tratamiento, sino que aproximadamente el 84% de ellos, dentro de un periodo del primer año, regresa a la fase de contemplación y están activamente volviendo otra vez a intentar dejar su adicción"* (Ayala y Cárdenas, 1996, pág. 7).

Existe una tendencia a que los efectos del tratamiento se desvanezcan a través del tiempo, por tanto, las ventajas del tratamiento se observan inmediatamente después de haberlo terminado.

El mantenimiento involucra un proceso gradual de aprendizaje, donde el individuo participa en una serie de ensayos de aprendizaje, en los cuales se adquieren gradualmente nuevas formas de responder a viejas tentaciones situacionales. Como cualquier nuevo aprendizaje (especialmente aquel que intenta reemplazar una conducta antigua bien establecida con nuevos patrones adaptativos), durante las etapas tempranas del mantenimiento a menudo se involucra un proceso de ensayo y error a medida que la conducta recién adquirida se establece a través del tiempo. En este proceso, cada error lleva implícita la oportunidad para que ocurra un nuevo aprendizaje"...un mayor número de errores (recaldas), ocurrirán en las etapas tempranas de la recuperación postratamiento, a medida que el individuo intenta consolidar nuevas respuestas a viejos estímulos"(Ayala y Cárdenas, 1996, pág.10).

Así mismo, estos autores mencionan que la probabilidad de recaídas aumenta con el tiempo y estas son altas en el primer mes, sin embargo a partir del cuarto mes y hasta el doceavo posterior al tratamiento existe una tendencia a permanecer más en la moderación o en la abstinencia.

En estudios realizados para observar la variación de los resultados a largo plazo después del tratamiento en pacientes que habían sido hospitalizados por alcoholismo, la urgencia por beber era mínima o ausente, pero esta urgencia reaparecía tan pronto como los pacientes regresaban al ambiente en el que habían estado antes del tratamiento, lo que significa que la confianza ilusoria que tenían para resistir la urgencia por beber regresaba como respuesta a viejos estresores así como precipitadores claves para beber en exceso (Ayala, op cit.).

Es así como se aborda el tratamiento de conductas adictivas desde el enfoque cognitivo conductual y utilizando el programa de autocambio dirigido para bebedores problema. A continuación se describe el caso clínico llevado a cabo durante el segundo año de la maestría.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTUDIO DE CASO

Dentro del programa de residencia en adicciones, en el primer semestre aprendí en las bases teóricas del modelo de Autocambio dirigido para bebedores problema. Enseguida, en el segundo y tercer semestre tuve la oportunidad de participar como coterapeuta en el tratamiento del programa de autocambio dirigido para bebedores problema, bajo la supervisión de la Maestra Leticia Echeverría y del Maestro Miguel Angel Medina. En el transcurso del tercer y cuarto semestre tuve la oportunidad de llevar como coterapeuta y terapeuta en total siete casos de bebedores problema, de los cuales dos fueron mujeres y cinco fueron hombres. Sólo uno de ellos dejó el tratamiento debido a que no era un bebedor problema. El presente caso se eligió debido a que el usuario representa las características típicas de un bebedor problema mencionadas con anterioridad. A continuación se especifica el método que se empleó para el tratamiento del siguiente caso.

2. MÉTODO

2.1. Objetivo general

Aplicar y evaluar el Modelo de Autocambio dirigido para Bebedores Problema en un usuario de alcohol.

2.2. Objetivo específico

Disminuir el consumo de alcohol y estabilizar el patrón de consumo; disminuir el nivel de dependencia; aumentar índices de confianza situacional a través del control de situaciones de riesgo al final del programa.

2.3. Variables

- Bebedor problema

Algunas de las características que distinguen a un bebedor problema, también llamado bebedor excesivo o alguien que abusa del alcohol (Velasco, 2001) son:

- Desde el punto de vista fisiológico, beber en exceso significa consumir alcohol por encima del 20% de la ingestión calórica cotidiana.
- La alcoholización se manifiesta de forma aguda y frecuente.
- Los estados de ebriedad se vuelven difíciles de reconocer. Esto habla de la aparición de la tolerancia fisiológica.
- Afección de la vida social, familiar y laboral del consumidor.
- El daño a la salud física apenas es notable.

Entonces, el bebedor problema es el usuario que consume altas cantidades de alcohol en forma episódica pero explosiva, presenta algunos síntomas de dependencia y está en riesgo de presentar problemas de salud y sociales (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998; Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Lazcano, Villatoro, Maniño y López, 1989; Sobell 2001).

Existen tres formas de conductas identificadas que indican que un bebedor se encuentra en alto riesgo: (Velasco, op cit.).

a) Beber cantidades suficientes de alcohol para alcanzar moderada ebriedad varias veces a la semana. Esta conducta se observa al consumir alcohol con los amigos a la salida del trabajo, consumir alcohol por las tardes frente al televisor, reuniones sociales nocturnas, etc.

b) Beber lo necesario para embriagarse regularmente una vez a la semana. Este comportamiento es observable en los bebedores de fines de semana, quienes realizan esta conducta porque al otro día no tienen que atender responsabilidades laborales.

c) Beber una vez al mes hasta llegar a la ebriedad completa. De esta forma, las personas beben en uno o dos días todo lo que no han bebido en mucho tiempo.

Estas características deben estar acompañadas por componentes subjetivos tales como "beber para controlar la ansiedad", "beber para controlar estados depresivos que genera su existencia", "beber para olvidar los problemas", "beber para dejar de lado las preocupaciones", "beber para no pensar en los disgustos conyugales o del trabajo", etc.

Debe tomarse en cuenta el papel de las diferencias individuales que pueden coexistir, por lo que no todas las personas tendrían que caer exclusivamente en estas características para considerarse bebedores problema.

• El Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema

Consta de cuatro sesiones de tratamiento mas dos de inicio y de acuerdo con el usuario se agregan sesiones adicionales en caso de haber necesidad. En cada una de las sesiones se aplican instrumentos específicos como se podrá observar en la sección de procedimiento, con el fin de llevar a cabo una medición a variables relacionadas a la historia de consumo del cliente tales como el patrón de consumo que incluye la frecuencia y la cantidad de consumo, el grado de dependencia a las bebidas alcohólicas, que puede ser baja, media o severa, las situaciones asociadas con el consumo problemático de alcohol, el índice de confianza situacional que se tiene en dichas circunstancias.

2.4. Participante

Se trata de una persona del sexo masculino, de 50 años de edad, quien es referido por su pareja al programa de tratamiento como opción para resolver sus problemas de consumo de alcohol. Se eligió trabajar con este usuario porque llenaba los criterios de inclusión para el tratamiento de bebedores problema y además porque cooperó para participar en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses de tratamiento. Así mismo, se contó con el consentimiento de los supervisores para considerarlo como un caso representativo para el programa de autocambio dirigido para bebedores problema.

Cuenta con estudios universitarios terminados. Presenta un patrón de consumo de dos veces por semana, dos copas estándar cuando son días entre semana, acompaña su comida con vino de mesa, sin embargo ha tenido periodos de beber excesivo en fines de semana en donde he llegado a beber hasta 20 tragos estándar los viernes en una noche. Su mayor consumo mensual ha sido de 64 tragos estándar, esto fue mientras estuvo de vacaciones, tomaba hasta 10 tragos estándar por ocasión. Las situaciones que lo precipitan a beber son en primer lugar las reuniones de trabajo con compañeros. El participante contaba con los criterios de inclusión al programa.

2.5. Instrumentos

2.5.1. Entrevista Conductual (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998).

Consta de 103 reactivos que comprenden los siguientes aspectos: datos de identificación, situación laboral, situación familiar y de vivienda, uso del tiempo libre, historia de consumo que incluye la descripción de las sustancias consumidas (forma de consumo, frecuencia y cantidad de consumo).

2.5.2. Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) (Davidson, Raistrick, 1986; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998).

Esta escala está basada en el Síndrome de Dependencia al Alcohol formulada por Edwards & Gross (en Davidson y Raistrick, op cit.). El BEDA evalúa el estado de consumo presente de alcohol. Evalúa cambios conductuales, subjetivos y psicobiológicos asociados con la dependencia al alcohol.

Es un cuestionario de lápiz y papel de 15 reactivos que evalúa el nivel de dependencia al alcohol. Tiene una confiabilidad test retest igual a 0.92. Las respuestas son en escala tipo Likert, con las siguientes opciones: nunca, algunas veces, frecuentemente, casi siempre.

Para calificar la escala, se suma el puntaje total obtenido y se sitúa dentro de los siguientes rangos (Tabla No.1):

Tabla No. 1. Rangos de dependencia de acuerdo con el BEDA

Puntaje BEDA	Rango
1 – 9	Dependencia baja
10 – 19	Dependencia media
20 en adelante	Dependencia severa

2.5.3. Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

La línea base retrospectiva de consumo de alcohol es un instrumento de medición adecuado para medir el patrón de consumo de bebidas alcohólicas. "La línea base retrospectiva de consumo de alcohol es un instrumento que sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento" (Ayala, Cárdenas, Echeverría, Gutiérrez, 1998, pág. 167).

La técnica consiste en que el cliente reconozca retroactivamente el consumo de bebidas alcohólicas que ha tenido a lo largo de un año, con base en un calendario en donde se reportan las copas estándar de consumo diario dentro de dicho tiempo.

La conversión de copa estándar es la siguiente:

1 copa estándar = 13.5 g de alcohol puro o etanol

- Cerveza = 5% vol., en 341 ml
- Vino = 12 %vol., en 142 ml
- Vino fortificado (jerez, martin, oporto) = 18% en 85 ml
- Destilados (ginebra, ron, whisky, brandy, tequila) = 40-50% en 43 ml

Vino: 1 botella (750 ml) = 5 copas estándar

1 botella (1.14 L) = 8 copas estándar

Destilados:

1 botella (1/4 L) = 6 copas estándar

1 botella (1/2 L) = 12 copas estándar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1 botella (3/4 L) = 17 copas estándar

2.5.4. Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) (Annis, Graham, Davis, 1987; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998).

Es una prueba de lápiz y papel. El objetivo es conocer y medir las situaciones en las que el individuo bebió en exceso, a través de 100 reactivos, con respuestas en escala tipo Likert.

El inventario reporta ocho situaciones de consumo de alcohol: emociones agradables, malestar físico, emociones desagradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social, momentos agradables con otros.

Estas situaciones se dividen a su vez en dos grandes grupos:

1) Situaciones personales, que se refieren a las circunstancias en las que el individuo responde de forma individual a un evento físico o psicológico. Estas son:

- Emociones desagradables
- Malestar físico
- Emociones agradables
- Probando autocontrol
- Necesidad o urgencia por consumir

2) Situaciones que involucran a terceras personas: son las situaciones en las que el individuo ejerce una relación directa con otras personas al momento de consumir bebidas alcohólicas, en las siguientes áreas:

- Conflicto con otros
- Presión social
- Momentos agradables

Forma de calificación del ISCA

Los 100 reactivos se califican de la siguiente manera:

Tabla No. 1a Forma de calificación del ISCA

Puntaje	Calificación
Respuesta de "1"	0
Respuesta de "2"	1
Respuesta de "3"	2
Respuesta de "4"	3

Fuente: Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998).

Posteriormente, al calcular los ocho puntajes correspondientes a las ocho subescalas, se saca el índice del problema al dividir cada subpuntaje obtenido entre el subpuntaje máximo posible en esa subescala multiplicado por 100:

Índice del problema = $\frac{\text{suma del puntaje de la subescala}}{\text{Puntaje máximo posible}} \times 100$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 1b Cálculo del puntaje de índice del problema de las distintas subescalas

Subescala	Índice del problema
1. Emociones desagradables	(Suma/60) x 100
2. Malestar físico	(Suma/30) x 100
3. Emociones agradables.	(Suma/30) x 100
4. Probando autocontrol.	(Suma/30) x 100
5. Necesidad física.	(Suma/30) x 100
6. Conflicto con otros.	(Suma/60) x 100
7. Presión social para beber.	(Suma/30) x 100
8. Emociones agradables con otros.	(Suma/30) x 100

Fuente: Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez. (1998).

Finalmente, la interpretación del índice del problema queda de la siguiente manera:

Tabla No. 1c Guía de Interpretación del índice del problema

Puntaje	Interpretación
0	<i>Bajo riesgo</i> El cliente nunca bebió en exceso, durante el año pasado, en estas situaciones. Son situaciones que no son de riesgo para el cliente.
1-33	<i>Riesgo moderado</i> El cliente algunas veces bebió en exceso en este tipo de situaciones, durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan riesgo moderado para el cliente.
34-66	<i>Alto riesgo</i> Durante el año pasado, el cliente frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones. Este tipo de situaciones presentan un alto riesgo para el cliente.
67-100	<i>Muy alto riesgo</i> El cliente muy frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones, durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan un gran riesgo para el cliente.

Fuente: Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998), pág. 134.

2.5.5. Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) (Annis y Graham, 1987; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998).

Es un cuestionario de lápiz y papel, que evalúa el concepto de autoeficacia (Bandura, 1999) que tiene el individuo para hacer frente a situaciones de riesgo que lo llevan a beber. Se utilizó la versión abreviada que consta de 8 reactivos. La respuesta se da en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

porcentajes que van de 0% inseguro a 100% seguro de la capacidad personal para resistir la necesidad de beber en exceso.

2.5.6. Subescala de Pistas, parte A y B. Tomada de la Batería Halstead-Reitan, para valorar el daño orgánico.

2.6. Diseño

Caso único AB con seguimiento.

A = Línea Base Retrospectiva

B = Período de intervención y seguimiento con mediciones a los 3, 6 y 12 meses.

2.7. Procedimiento

Se aplicó el programa de Autocambio Dirigido para bebedores problema (Ayala, Cárdenas, Echeverría, Gutiérrez, 1998). El programa consta de seis sesiones: admisión, evaluación, tratamiento y seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año respectivamente. En cada sesión de tratamiento se revisó una lectura y una tarea referente al objetivo de la sesión correspondiente.

A continuación se describirá el procedimiento llevado a cabo por sesión en el caso de una persona con problemas en su forma de beber. Con el fin de guardar la identidad del cliente, se utilizará el nombre de "Alfonso" para referirse a él en esta sección.

3. SESIÓN DE ADMISIÓN

Objetivos

- Recibir y establecer un primer contacto con el usuario.
- Explorar el motivo de consulta, así como las razones para ingresar a un probable tratamiento.
- Señalar al usuario las características que hacen diferente a un bebedor problema de un alcohólico.
- Que el usuario se comprometa a participar en el programa de autocambio dirigido por medio de la firma de la carta de consentimiento informado.

Desarrollo de la sesión de admisión

Alfonso llegó puntualmente a la sesión de admisión. Se le invitó a pasar a la cámara de gessell, en donde se inició una conversación informal y se le dio la bienvenida al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología.

En seguida se le preguntó cuál era el motivo de consulta ante lo cual respondió que ha tenido problemas con su esposa en los últimos meses debido a su forma de beber en exceso, situación que le preocupa y decide acercarse a tratamiento porque quiere dejar de tener problemas por beber en exceso, principalmente con su esposa.

Posteriormente, se aplicó el instrumento de preselección a fin de conocer si el usuario es candidato para el programa de acuerdo con los criterios de inclusión. El resultado del instrumento de preselección indicó que el cliente es un candidato que cubre los siguientes criterios de inclusión para entrar al programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema:

- Ser mayor de 18 años de edad
- Saber leer y escribir
- Contar con un domicilio permanente
- Haber tenido consumos frecuentes de más de 5 copas por ocasión
- No haber tenido alucinaciones
- No haber tenido convulsiones
- No haber tenido delirium tremens
- No haber acudido al tratamiento debido a una petición por parte de la ley
- La droga primaria de abuso no es la heroína
- No acude actualmente a otro tipo de tratamiento
- Disposición para acudir a un tratamiento que consta de una sesión de admisión, otra de evaluación, cuatro sesiones de tratamiento y cuatro de seguimiento.
- Calificación de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol = 18 puntos, que se refiere a que el sujeto posee un nivel de dependencia media al alcohol.

Se describieron al cliente las características del programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema y se le explicó la diferencia entre un bebedor problema y un alcohólico. Una vez identificado la diferencia de ambos tipos de bebedores y la importancia de emplear un tratamiento dirigido hacia el tipo específico al que pertenece,

TESIS CON
FALLA DE CONTENIDO

en este caso, bebedor problema, se le preguntó al cliente si estaba interesado en entrar al tratamiento, que consta de una sesión de admisión (sesión actual), una sesión de evaluación, cuatro sesiones de tratamiento y cuatro sesiones de seguimiento, a lo que él aceptó. A su vez, el cliente leyó y firmó el contrato de consentimiento informado.

Posteriormente se procedió a aplicar los instrumentos de tamizaje para detectar el nivel de consumo del cliente. Se aplicó la prueba de pistas para detectar la existencia de un daño orgánico posible causado por el consumo de alcohol. Los resultados de la prueba de pistas, mostraron que el cliente no tiene daño orgánico y que cuenta con una motricidad fina adecuada. El usuario empleó un tiempo de 47", 1'20" respectivamente.

También se aplicó la Breve Escala de Dependencia al Alcohol, cuyo resultado fue igual a 18 puntos, lo que representó que el cliente tenía una dependencia media al alcohol. Por tanto, el pronóstico del tratamiento sería favorable, ya que se trataba de un bebedor problema, candidato idóneo para entrar al programa de auto-cambio dirigido.

Finalmente se preguntó Alfonso si había alguna duda en lo referente al tratamiento que estaba próximo a iniciar u otro aspecto comentado en la sesión de hoy. El cliente mencionó que estaba de acuerdo con el tratamiento y que quería comenzar cuanto antes. Se hizo un resumen de los puntos tratados en la sesión y se proporcionó una cita para veros la siguiente semana.

4. SESIÓN DE EVALUACIÓN DEL CLIENTE

Objetivos

- Recabar información acerca de los datos de identificación así como la historia de consumo de sustancias consumidas, especialmente de bebidas alcohólicas, en el lapso de un año previo a esta sesión.
- Que el usuario identifique su propio patrón de consumo por medio de los instrumentos que se aplican en esta sesión.
- Identificar las situaciones en general y específicamente las de alto riesgo en las que el individuo consume bebidas alcohólicas.

Desarrollo de la sesión de evaluación

Se recibió a Alfonso y se le preguntó si había tenido algún consumo previo a la sesión de hoy, lo cual fue negativo. A continuación, se le comentó el objetivo de la sesión de evaluación. Se explicó objetivamente y el cliente contestó el cuestionario de entrevista inicial. Alfonso reportó haber dejado el cigarro hace dos años, por lo que el alcohol es su droga primaria de abuso, para la cual nunca ha recibido tratamiento, así como tampoco lo ha recibido por causa de problemas de salud físicos en la actualidad. No toma medicamentos médicos y su peso es de 64 kg.

Entre las actividades que desempeña en su tiempo libre están: leer, trabajar en la computadora, ver televisión, jugar tenis, ir a fiestas o reuniones familiares, ir al cine, ir a bares y jugar dominó al mismo tiempo con sus amigos. De estas actividades, aquellas que están relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas son: asistir a fiestas o reuniones familiares, asistir a bares y jugar dominó con sus amigos. Así mismo, Alfonso reporta que generalmente acostumbra acompañar su comida con una copa de vino.

Alfonso percibe que sus amigos del trabajo y uno de sus vecinos lo presionan para beber en exceso. Por otro lado, reporta que su esposa es una persona que podría ayudarlo a cambiar su consumo de alcohol, pues es un apoyo para él.

Al explorar el grado de satisfacción con su estilo de vida actual, Alfonso reportó sentirse muy satisfecho.

Respecto a su situación laboral, Alfonso es empleado de tiempo completo. Nunca ha estado desempleado, situación que menciona con satisfacción por considerarse una persona muy responsable y trabajadora.

El gasto económico en la compra de bebidas alcohólicas es aproximadamente el 5% de su ingreso, cifra que no representa una parte importante de su presupuesto de acuerdo con él.

• **Historia de consumo de alcohol**

Alfonso reporta que nunca ha estado hospitalizado por problemas relacionados con el consumo de alcohol. Sin embargo, cuando era joven una vez fue detenido por manejar en estado de ebriedad, circunstancia que no pasó a mayores consecuencias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Menciona que a los 15 años tomó su primera bebida alcohólica, pero es a partir de los 20 años que bebe en forma excesiva esporádicamente y hasta hace dos años ha tenido problemas con su forma de beber. El percibe su consumo de alcohol como un problema menor, en el que ha tenido algunas experiencias negativas pero ninguna que pueda considerarse seria. Sin embargo, desde que el consumo de alcohol se ha convertido en un problema, él ha intentado reducir su consumo una vez en la que se mantuvo durante 6 meses consecutivos en abstinencia, en un periodo comprendido de Enero a Junio del año 2001. La razón por la que decidió abstenerse del consumo de alcohol fue que en las fiestas de fin de año del 2000 bebió en exceso varios días por lo que su esposa se molestó y por ende tuvieron problemas de pareja. Pero rompe este periodo de abstinencia debido a su cumpleaños.

Alfonso consume un 100% los destilados como ron, vodka, whisky. Sin embargo, a partir de junio del 2001 bebe 60% de vino tinto en las comidas y sólo toma cerveza en un porcentaje de 10%. El reportó que la frecuencia de su consumo de bebidas alcohólicas es de dos veces por semana, de las cuales en ocasiones llegan a ser de forma excesiva.

Respecto al consumo de tabaco, hace dos años dejó de fumar, ya que su consumo había llegado a ser de una cajetilla diaria, mientras que su primer cigarro lo fumó a los 12 años, su consumo fuerte lo inició a los 20 años junto con el consumo de bebidas alcohólicas.

Posteriormente, se explicó a Alfonso el concepto de trago estándar para que se iniciara el registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la línea base retrospectiva durante el lapso de un año previo al día de la sesión actual.

En lo referente a la medición de la línea base retrospectiva (LIBARE), se observó que los meses en los que más consume son en primer lugar Agosto, con 64 tragos estándar y en segundo lugar Febrero con 64 tragos estándar. Anteriormente, el mes en que más consumía era diciembre, pero este año hizo una excepción debido al antecedente de los problemas con su esposa derivados de su consumo excesivo.

Al año, Alfonso consume un total de 303 tragos estándar, siendo 20 el número máximo de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión, en tanto que el promedio de consumo diario es igual a 3.6 tragos estándar por día. El reporta que ha permanecido hasta 55 días en abstinencia continua, en tanto que el consumo de alcohol en las mañanas no ha ocurrido. En relación con el consumo diario, se observó que el día de la semana que más consume es el viernes en primer lugar, 107 tragos estándar al año, y posteriormente el jueves, con 61 tragos estándar por año. El mencionó que los viernes el acostumbra salir a tomar con sus amigos del trabajo después de la jornada laboral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 2. Resultados de LIBARE

Consumo mensual		Consumo diario	
Enero	20	Domingo	0
Febrero	46	Lunes	34
Marzo	36	Martes	23
Abril	5	Miércoles	50
Mayo	0	Jueves	61
Junio	20	Viernes	107
Julio	16	Sábado	28
Agosto	64		
Septiembre	16		
Octubre	18		
Noviembre	30		
Diciembre	32		
Total	303		

En relación con el porcentaje de días de consumo registrados a lo largo del año previo, se encontró que el 76.4% del tiempo, el cliente no bebía, mientras que el 18.6% del tiempo bebía dos tragos estándar, el 2.2% del tiempo bebe 10 tragos estándar y el 2.8% del tiempo restante bebía de 12 a 20 tragos estándar, lo cual lo situaba en un riesgo de sufrir graves consecuencias en un tiempo muy breve, como se observa en la tabla 3.

Más específicamente, el rango de línea base indica que el porcentaje de días en los cuales el usuario bebió alcohol es igual a 23.3%. El consumo promedio al año fue igual a 3.6 tragos estándar por día, mientras que el número máximo de bebidas fue igual a 20 y el número máximo de días de abstinencia continua fue de 55.

Posteriormente, se aclararon los detalles requeridos para la tarea número uno: *balance decisional* y se le entregó un talonario de automonitoreo, en donde se le explicó que debía registrar cada día a lo largo de una semana, si había tenido consumo o no, cuántos tragos había bebido, si estaba sólo o acompañado y si estaba en un lugar público o privado. Además se señaló la importancia de registrar el pensamiento relacionado con el consumo en ese instante. Se señaló que debía usar una hoja carbón para entregar la copia al terapeuta. Se explicó el objetivo de la sección referente al establecimiento de metas y se pidió que la completara y la trajera la siguiente sesión. Se entregó el Inventario de situaciones de consumo (ISCA) y el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), se le explicaron las instrucciones para que lo contestara y lo trajera igualmente la siguiente sesión.

Finalmente se hizo un resumen de la sesión y se entregó la lectura y la tarea número 1 y se le dio una cita para la semana siguiente.

Tabla No. 3. Histograma del % de días de datos recolectados

# Trago		% Total de días
0	*****	76.4
1	*	0.3
2	*****	18.6
3	*	0.8
4		0.0
5		0.3
6		0.0
7		0.0
8		0.0
9		0.0
10	**	2.2
11		0.0
12	*	0.6
13		0.0
14		0.0
15	*	0.6
16		0.0
17		0.0
18		0.0
19		0.0
20	*	0.3

Número máximo de bebida alcohólica consumida es: 20

Número máximo de días de abstinencia continua: 55

Fechas: De Mayo 1 a Junio 24

Porcentaje de días en los cuales usted bebió alcohol: 23.3%

Consumo diario: 3.6 tragos al día

El consumo de alcohol en las mañanas no ha ocurrido.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 4. Rango de línea base: de Abril 11, 2001 a Abril 11, 2002

Usuario: E.M.	50 años			
Rango de la línea base: de Abril 11, 2001 a Abril 11, 2002				
Categoría	1	2	3	4
De	←	1	5	10
A	0	4	9	⇒
Rango: 30 días				
De: Mar. 7	24	3	1	2
A: Abr. 5	7%	1%	0%	1%
Rango: 60 días				
De: Feb. 5	45	10	1	4
A: Abr. 5	13%	3%	0%	1%
Rango: 90 días				
De: Ene. 6	65	19	1	5
A: Abr. 5	18%	5%	0%	1%
Rango: 120 días				
De: Dic. 7	105	28	1	6
A: Abr. 5	29%	8%	0%	2%
Rango: 180 días				
De: Oct. 8	146	46	1	7
A: Abr. 5	41%	13%	1%	7%
Rango: 270 días				
De: Jul. 10	208	69	1	12
A: Abr. 5	58%	19%	0%	3%
Rango: 360 días				
Abr. 11	271	71	0	13
Abr. 5	75%	20%	0%	4%
Porcentaje de días en los cuales usted bebió alcohol: 23.3%				
Consumiendo 3.6 tragos al día.				
Categoría				
1 Abstinencia				
2 Consumidor bajo				
3 Consumidor alto				
4 Consumidor muy alto				

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se explicó a Alfonso el concepto de trago estándar para que posteriormente se pudiera registrar el consumo de bebidas alcohólicas mediante la línea base retrospectiva durante el lapso de un año previo al día de la sesión actual.

Se aclararon los detalles requeridos para la tarea número uno: *balance decisional* y se le entregó un talonario de automonitoreo, en donde se le explicó que debía registrar cada día a lo largo de una semana, si había tenido consumo o no, cuántos tragos había bebido, si estaba sólo o acompañado y si estaba en un lugar público o privado. Además se señaló la importancia de registrar el pensamiento relacionado con el consumo en ese instante (ver anexo 4).

Se señaló que debía usar una hoja carbón para entregar la copia al terapeuta. Se explicó el objetivo de la sección referente al establecimiento de metas y se pidió que la completara y la trajera la siguiente sesión. Se entregó el Inventario de situaciones de consumo (ISCA) y el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), se le explicaron las instrucciones para que lo contestara y lo trajera igualmente la siguiente sesión.

Por último, se hizo un resumen de la sesión y se le dio una cita para la semana siguiente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. PRIMERA SESIÓN

Objetivos

- Identificar los pros y los contras o las ventajas y desventajas del consumo excesivo del usuario de bebidas alcohólicas así como los pros y los contras que habría en el cambio de su consumo excesivo.

Desarrollo de la primera sesión

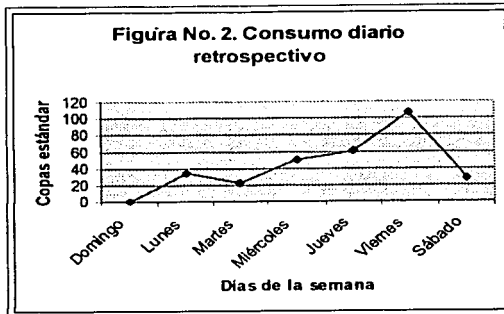
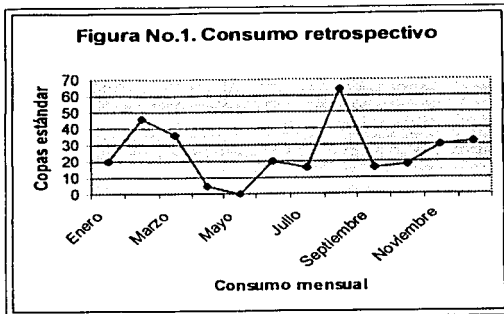
Primeramente se revisó junto con Alfonso el auto-registro de su consumo durante la semana previa a esta sesión. Se preguntó si había habido consumo, así como la cantidad y frecuencia del mismo, cómo se sintió antes y después del consumo y si se quedó con ganas de continuar consumiendo alcohol.

Alfonso consumió siete tragos estándar a lo largo de la semana. Se tomó una copa de vino tinto diaria para acompañar su comida, salvo un día que se tomó 2 para que no se echara a perder el vino. Mencionó que cuando bebe en casa a la hora de la comida, se siente tranquilo, no siente que tenga problemas, en casa puede controlarse mejor que afuera sin embargo el primer día sintió temor de ser capaz de tomarse sólo una copa. Por lo general bebió y disfrutó el sabor del vino que acompañaba su comida. No se sintió culpable por tomar una copa diaria y no se quedó con ganas de seguir consumiendo.

Posteriormente, se revisaron conjuntamente los resultados obtenidos en la línea base retrospectiva de su consumo, mostrado en las tablas 3, 4 y 5.

Al dar a conocer a Alfonso los resultados obtenidos en la línea base retrospectiva, se percató que el 5% del tiempo él bebía entre 10 a 20 copas estándar. Sin embargo él menciona que estos resultados le sirvieron para darse cuenta de las consecuencias que había tenido con su esposa debido a su consumo y lo preparó para tener una mejor disposición a cambiar. Al mismo tiempo, se comentó al usuario que estos resultados, lejos de señalarlo o culpabilizarlo tenían como objetivo conocer el patrón de consumo que por lo general se desconoce cuando se bebe en exceso y con esto prepararse para tomar la mejor decisión respecto a su consumo de alcohol (ver figura No. 1).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Posteriormente, al conocer algunas técnicas para controlar su consumo, Alfonso se mostró agradecido y optimista, ya que ahora pensaba que no sería tan difícil controlarse si ponía en práctica dichas técnicas.

Se comentó el contenido de la lectura realizada acerca del balance decisional, cuyo objetivo es identificar situaciones que lo pueden conducir a abusar del alcohol así como tener conciencia de las decisiones que el usuario tome y las consecuencias que tendrán. También se revisó el ejercicio del balance decisional relacionado con el análisis de los pros y contras de continuar con su patrón de consumo o cambiarlo.

Al llegar a la revisión de la tarea número uno, Alfonso comentó que no había tenido tiempo de hacerla, pero que sí había leído la lectura. Por tanto, se procedió a apoyar al usuario para que realizara el ejercicio en ese momento, en el que se obtuvieron las siguientes respuestas:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tarea 1, parte 1. Razones para cambiar

Las razones más importantes por las que quiero cambiar mi problema de consumo de alcohol son:

1. Evitar conflictos familiares, sobre todo con mi esposa, debido a que cuando tomo en exceso, agredo verbalmente y quiero evitar la agresión física (como posibilidad). De la misma forma con mis amigos.
2. Evitar un accidente automovilístico en el cual podría sufrir lesiones graves o incluso la muerte de un familiar, una persona inocente o yo mismo.
3. Evitar las lagunas mentales, que es algo que no me deja dormir.

Tarea 1, parte 2. Decisiones para cambiar

Primero se revisaron los beneficios tanto de consumir como de cambiar su forma de consumo y posteriormente se revisaron los costos de cambiar su forma de consumo y los costos de seguir consumiendo (ver tabla No.6).

En el ejercicio de balance decisional se observó que Alfonso tenía más costos que beneficios por consumir. Esto significa que se encuentra en un momento adecuado para iniciar un cambio (ver la tabla No. 5). También se revisó específicamente el contenido de las frases relativas a los costos de cambiar su consumo de alcohol y se vio que de hecho el alcohol es un medio para obtener satisfactores a corto plazo como la diversión, la habilidad para hablar y para bailar, para desinhibirse y para tener una vida social con sus amigos; sin embargo se señaló que todo esto también podría obtenerse sin ayuda del alcohol pero que le costaría mucho trabajo hacer todo lo que hace sin el alcohol. A largo plazo la diversión se convertía en culpa y malestar físico, problemas con su familia y sobre todo con su pareja. La diversión era sólo un espejismo.

De acuerdo con Marlatt y Gordon (1985), el individuo tiene que pasar por la primera de las tres etapas del proceso de cambio, que es la *motivación y el compromiso* al cambio. Esta etapa se apoya de factores intrínsecos como el *reconocimiento de las consecuencias negativas a largo plazo del consumo*, referentes a los efectos negativos sobre su salud, su bienestar personal, su vida social y familiar, su situación laboral, crisis espirituales y cambios de vida significativos. Ayala y Cárdenas (1996) reportan que esta primera etapa de motivación y compromiso al cambio es quizás la más importante o el antecedente principal para iniciar un proceso de cambio conductual, ya que mejora la disposición del individuo y le permite comprometerse con un programa de tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 5. Tarea 1, parte 2: Decisiones para cambiar

	Cambiar mi consumo	Continuar consumiendo
Beneficios de:	<ul style="list-style-type: none"> • Tener una relación familiar estable. • Evitar riesgos de accidentes. • No tener lagunas mentales. • Tener una mejor salud, evitando enfermedades como la cirrosis, la gastritis... 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirme eufónico • Sentirme relajado • Me convierto en parlanchín • Soy extrovertido • Me divierto • Bailo • Aumenta mi memoria • Me desinhibo
Costos de:	<ul style="list-style-type: none"> • Ya no sentirme eufónico • Hablaría menos • Sería introvertido • No me divertiría • No bailar • No me desinhibiría • Tendría menos reuniones con amigos en un plazo inmediato 	<ul style="list-style-type: none"> • Divorcio • Accidente automovilístico • Aumento de frecuencia de lagunas mentales • Cirrosis • Locura • Perdería a mis hijas • Perdería el trabajo • Perdería todo • Perdería mi posición social y económica • Perdería mi jubilación • Perdería la vida • Perdería el respeto de la gente que me quiere • Sentiría vergüenza de mí mismo

Establecimiento de metas

Se revisó el establecimiento de metas. Alfonso eligió una meta de moderación en la que sólo tomará de la siguiente forma:

- En el curso de una semana yo planeo tomar no más de 3 copas estándar durante el curso de cualquier día, no más de 3 ocasiones.
- Yo planeo tomar bajo las siguientes condiciones:
- Una copa de vino tinto en la comida diaria y en reuniones no más de tres copas, una vez a la semana como máximo.
- Yo no tomaré bajo las siguientes condiciones:
 - a) Después de tomar tres copas en una reunión y sólo una vez a la semana.
 - b) Más de una copa de vino tinto en la comida, todos los días.
 - c) No más de 9 copas a la semana.

En este apartado, se señaló a Alfonso la importancia de no consumir más de tres copas estándar en más de cuatro días por semana, así como intercalar días de abstinencia,

evitar el consumo diario a fin de evitar el desarrollo de una tolerancia excesiva hacia el alcohol, no tomar más de una copa en situaciones de alto riesgo, sobre todo si se maneja o si se opera una máquina de motor (Ayala y cols. 1998). También se señaló que el vino aunque es un factor protector para las enfermedades cardíacas, por el momento debería de tenerse días de abstinencia, dado que es un momento en el que se está en tratamiento y se está aprendiendo una forma para controlar el consumo.

Se explicaron a Alfonso algunas técnicas de reducción de consumo: antes de empezar a beber alcohol saciar la sed con otro tipo de bebida que no contenga alcohol, alternar comida al momento de tener una alcohólica, dejar pasar una hora entre cada trago estándar y esperar diez minutos al transcurrir la hora para decidir si beber o no una siguiente copa. No beber por presión social y pensar en actividades alternativas que podría desempeñar en una fiesta en lugar de estar todo el tiempo sentado y bebiendo. En este sentido, Alfonso se dio cuenta que él podría ayudar en las reuniones familiares a servir, o podría platicar más con sus sobrinos e incluso idear juegos de mesa con ellos. Así mismo, mismo que podría emplear más tiempo para hablar con aquellos familiares que no conocía muy bien y de esta forma tener mayor acercamiento.

Con el planteamiento de esta últimas dos preguntas, se observa que la meta que se fijó el usuario es una más importante que la mayoría de las cosas que le gustaría cambiar y que se siente 100% seguro de poder lograr su meta, como se muestra a continuación.

1. En este momento, ¿qué tan importante es para usted lograr la meta establecida? 75%

0 Nada importante	25 Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	50 Tan importante como las mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	75 Más importante que la mayoría de las cosas que me gustaría lograr cambiar.	100 La más importante de todas las cosas en mi vida.
----------------------	--	--	--	---

2. En este momento, ¿qué tan confiado se siente en lograr la meta establecida? 100%

0 Creo que no lograré mi meta.	25 Tengo el 25% de confianza en lograr mi meta.	50 Tengo el 50% de confianza en lograr mi meta.	75% Tengo el 75% de confianza en lograr mi meta.	100% Estoy totalmente seguro de lograr mi meta.
-----------------------------------	--	--	---	--

Finalmente se llevó a cabo un resumen de la sesión y se entregó la lectura y tarea 2. Se revisó conjuntamente el establecimiento de metas. Se discutió el compromiso para cumplir la meta establecida así como su grado de disposición para cambiar su patrón de consumo. Se le recordó al cliente continuar con su automonitoreo diario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. SEGUNDA SESIÓN

Objetivos

- Identificar los factores o situaciones que desencadenan el consumo excesivo de bebidas alcohólicas por parte del usuario.
- Identificar las fortalezas y recursos del usuario.
- Revisar las consecuencias positivas y negativas del consumo a corto y largo plazo.
- Visualizar la recuperación como una meta a largo plazo que se refuerza con el cambio del estilo de vida del usuario, específicamente al aprender nuevas conductas para enfrentar las situaciones que lo llevan a beber.

Desarrollo de la segunda sesión

Primero se revisó junto con Alfonso aspectos referentes a su patrón de consumo: Si tuvo consumo y si lo escribió en su auto-registro, se analiza conjuntamente el auto-registro y se revisaron las siguientes preguntas: en cuánto tiempo fue su consumo de alcohol, cuánto tiempo transcurrió entre copa y copa, cuál fue el tiempo de duración del consumo en total, cómo se sintió antes y después de consumir alcohol, si se quedó con ganas de seguir consumiendo.

Alfonso reportó haber bebido 9 tragos estándar durante toda la semana. No tuvo días de abstinencia. Bebió los siete días de la semana de la siguiente forma:

- La primera ocasión bebió una copa después de hacer deporte, ya que se sintió cansado y el vino lo estimuló.
- La segunda ocasión bebió también una copa de vino. Menciona que está a dieta y que entonces el vino lo reconforta y le quita el hambre.
- En la tercera ocasión bebió 2 copas de vino, pero no le agradó mucho el sabor.
- En la cuarta sesión, bebió 3 copas de vino en dos horas. Se mareó un poco porque no había comido pero no pensó en seguir bebiendo.
- En la quinta ocasión bebió después de jugar basketball, y menciona que el vino lo reanimó.
- En la sexta ocasión bebió media copa de vino pero nuevamente sintió aversión por el sabor del vino.
- En la séptima ocasión bebió una copa en la hora de la comida pero se mareó un poco porque comió tarde.

Se observa que para Alfonso es difícil dejar días de abstinencia porque tiene la costumbre de acompañar su comida con vino. Es importante señalar que el relaciona el vino con satisfactores inmediatos como el descanso, el confort, la estimulación. Su consumo siempre fue acompañado de otras personas y en un lugar público.

Posteriormente, revisó la lectura de la montaña de la recuperación. Alfonso reflexionó y comentó su opinión acerca de la lectura. Se procedió a revisar la tarea.

Tarea No. 2. Situaciones de consumo excesivo de alcohol

Situación No. 1 de consumo excesivo

Alfonso comenta que su primera situación de riesgo es cuando tiene una comida en restaurantes con compañeros de trabajo, en la cual se festeja algún evento. Esta situación ocurre el 40% del tiempo.

El precipitador asociado para esta situación es cuando *"el momento se presta para estar "en ambiente", platicar, hacer bromas, bailar con las compañeras de trabajo"*.

Las consecuencias positivas inmediatas generalmente asociadas con esta situación de consumo excesivo son *inmediatamente sentirse eufórico y muy platicador...cuando bebo más de tres copas me transformo en una persona "muy simpática"... no siento pena y no me importa lo que la gente piense de mí, me convierto en un Don Juan valentón, no me importa manejar en esa situación.*

Las consecuencias positivas a largo plazo son *no considerar el riesgo de sufrir un accidente de pronóstico reservado y en ocasiones terminar la parranda en algún centro nocturno para caballeros, con el correspondiente despilfarró.*

Por otra parte, las consecuencias negativas inmediatas son *llegar a caer en excesos de bromas, ser el bufón de la fiesta, decir groserías a las personas que se encuentran con él, ser agresivo, salir de pleito por ser un don Juan con las mujeres.*

Las consecuencias negativas a largo plazo son *la posibilidad de tener un accidente, lagunas mentales, cruda física y moral y la pérdida de mi familia, tener alguna enfermedad, perder el respeto de los demás y el reclamo de su esposa.*

En esta situación, Alfonso tuvo dificultad para relacionar las consecuencias negativas inmediatas de su consumo excesivo, ya que generalmente no recordaba estas conductas o no se había percatado de ellas. De ahí su inmenso temor a las lagunas mentales, pues al día siguiente de beber en exceso no recordaba exactamente qué es lo que había hecho.

Situación No. 2 de consumo excesivo

La segunda situación de consumo excesivo para Alfonso es cuando tiene una reunión en un bar para jugar dominó con sus amigos. Esta situación ocurre el 20% del tiempo.

Los precipitadores asociados son *cuando el momento se presta para estar en ambiente, "jugar dominó como un campeón", me transformo en una persona muy simpática y juego mejor.*

Comenta que sus consecuencias positivas inmediatas son *convertirse en un sabelotodo y un valentón.* Sus consecuencias positivas a largo plazo son *haber pasado un momento agradable y haber ganado, haberse ido del bar como todo un campeón de dominó.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sus consecuencias negativas inmediatas son realmente no jugar bien al dominó o no saber cómo va el juego en realidad, *"tener el riesgo de tener un accidente por manejar en estado de ebriedad, atropellar a alguien, ser detenido por la policía"*.

Reporta como consecuencias negativas a largo plazo que al llegar a casa oye los reclamos de su esposa y tiene la cruda física y moral.

Situación No. 3 de consumo excesivo

La tercera situación de consumo excesivo que Alfonso reporta es cuanto tiene una comida en la casa de algún amigo, familiar de su esposa o suyo, en la cual se festeja algún evento. Esto ocurre el 40% del tiempo.

Los precipitadores asociados son *estar en ambiente, hacer bromas, dar consejo a los jóvenes o sobrinos, transformarme en una persona muy simpática*.

Las consecuencias positivas inmediatas son *"no siento pena, soy el "marido perfecto" y soy muy cariñoso con todos"*. Alfonso identifica como consecuencia positiva a largo plazo el ser recordado como una persona simpática, cariñoso y que es el alma de la fiesta.

Una de las consecuencias negativas inmediatas que identifica es *"agredir verbalmente a las personas si están en desacuerdo conmigo", digo groserías, manejo en estado de ebriedad*. Las consecuencias negativas a largo plazo son tener la cruda física y moral y el reclamo de su esposa.

En esta situación, Alfonso tuvo problemas para identificar las consecuencias positivas a largo plazo, ya que él creía que no había. Sin embargo se percató que lo que en un corto plazo puede ser positivo para él, también lo es a largo plazo y por esto tiende a repetir la conducta.

Al realizar el análisis funcional de la conducta de beber en exceso, Alfonso obtiene un conocimiento de los factores que mantienen dicha conducta problema. Es entonces cuando él reconoció el papel o la función que el alcohol tenía en su vida. En algunos momentos, este era un desinhibidor, un relajante o un euforizante. También se convertía en un aliado para mostrar su parte agresiva o su parte bondadosa y cariñosa con los demás. Sin embargo no quedó muy claro si el usuario ha pensado en las bondades del alcohol para su vida, que en un momento dado lo convierte en "el hombre perfecto", en "el marido perfecto", en "el compañero de la fiesta más simpático", lo que lo lleva a entrar y salir de un juego de apariencias y complacencias mutuas.

Se observó que Alfonso percibe las tres situaciones como similares en relación con los precipitadores, pues todas son producto de la interacción social que lleva a cabo con su grupo de referencia social: familia, amigos del trabajo, amigos cercanos. Después se entregaron los resultados del ISCA y del CCS y se compararon con las situaciones de alto riesgo que identificó en su tarea 2.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como se observa en la tabla No. 8 y en la figura 4, las situaciones de mayor riesgo para Alfonso son:

- En primer lugar los momentos agradables con otros, cuyo puntaje es igual a 60, lo que lo sitúa en una situación de alto riesgo, ya que durante el año pasado, el cliente frecuentemente bebió en exceso en esta situación, lo cual representa un alto riesgo para el usuario.
- En segundo lugar probando autocontrol, con un puntaje igual a 47, lo que representa una situación de alto riesgo, debido a que el cliente frecuentemente bebió en exceso en esta situación.
- En tercer lugar la presión social, con un puntaje de 40, también representa un puntaje de alto riesgo porque el cliente frecuentemente bebió durante el año pasado en esta situación.
- En cuarto lugar, la situación en donde existen emociones agradables, con un puntaje igual a 37, representa igualmente una situación de alto riesgo como las anteriores, en la que el cliente bebió en exceso durante el año pasado. Es también una situación estrechamente relacionada con las situaciones anteriores de consumo excesivo.
- En quinto lugar, la situación de necesidad física con un puntaje igual a 17 representa un riesgo moderado para el cliente, ya que algunas veces bebió en exceso en este tipo de situaciones durante el año pasado.
- El resto de las situaciones: emociones desagradables, malestar físico y conflicto con otros, representan un bajo moderado para el cliente, ya que el cliente algunas veces o muy pocas veces bebió en exceso durante el año pasado, en estas situaciones.

Tabla No. 6. Resultados del ISCA y el CCS

	ISCA	CCS
Emociones desagradables	2	10% seguro
Malestar físico	3	90% seguro
Emociones agradables	37	50% seguro
Probando Autocontrol	47	80% seguro
Necesidad física	17	80% seguro
Conflicto con otros	2	80% seguro
Presión social	40	10% seguro
Momentos agradables con otros	60	10% seguro

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Así mismo, el cliente reportó tener menor seguridad en controlar su bebida ante situaciones como las emociones desagradables, la presión social y los momentos agradables con otros en un 10%, mientras que en lo relacionado a las emociones agradables se mostró 50% seguro de poder controlar. En lo referente a probar autocontrol, la necesidad física y el conflicto con otros, se mostró 80% seguro.

Por otro lado, la situación que más seguridad reportó tener fue en el control del malestar físico 90%, lo que significa que el usuario aún no presenta síntomas de dependencia severa, pues al presentar el síndrome de abstinencia, lo que quiere hacer es olvidarse del alcohol y poderse recuperar.

Estas situaciones se relacionan con las situaciones de riesgo que el usuario reportó en su tarea número 2, en donde la situación de riesgo principal es cuando tiene algún evento en un restaurante o bar con sus amigos para celebrar algo. Así mismo, la segunda situación de riesgo es cuando tiene una reunión en un bar con sus amigos para jugar dominó y la tercera situación es cuando tiene una reunión familiar en donde también se celebra algún evento.

Se observa que Alfonso tiene situaciones que son agradables para él, en las que se encuentra con consecuencias positivas como la convivencia social, la socialización y la aceptación en un grupo social de referencia. En cierto momento, el quiere probarse a sí mismo que puede controlar su consumo pero la presión social de los compañeros, amigos y en algunos momentos de los familiares, es fuerte y no siente la seguridad de poderse resistir a un consumo excesivo, como se observa en la figura 5, en donde la presión social y los momentos agradables con otros son situaciones en donde el usuario experimenta una baja confianza así como también el área de emociones desagradables (10%). Por otro lado, la situación en donde más confianza percibe para controlar su forma excesiva de beber es cuando hay malestar físico, la necesidad física, probando autocontrol y conflicto con otros.

Lo anterior da cuenta de la función que tiene el alcohol en el usuario. En un momento dado, este le sirve para exaltar las emociones agradables y hacer de los momentos agradables con otros unas situaciones más placenteras. Por otro lado, el alcohol también le sirve para no enfrentarse con las emociones desagradables que en algún momento pudiera tener debido a los problemas derivados de su contexto social, laboral y familiar.

Se concluyó la sesión con un resumen de los aspectos comentados en la misma, se recordó al usuario seguir su meta de tratamiento así como el registro de su auto-monitoreo y la importancia de traerlo la siguiente sesión.

Finalmente se entregó a Alfonso la lectura 3 y la tarea 3 y se le explicaron objetivamente. Se indicó al usuario continuar con su auto-registro. Se dio cita para la próxima sesión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura No.3. Resultados del Inventario de Situaciones de Riesgo (ISCA) Abril 2002.

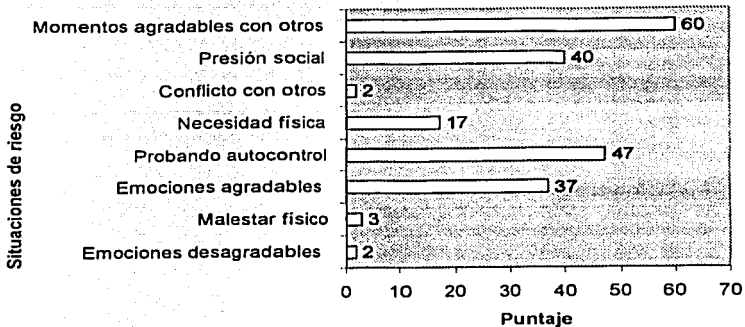
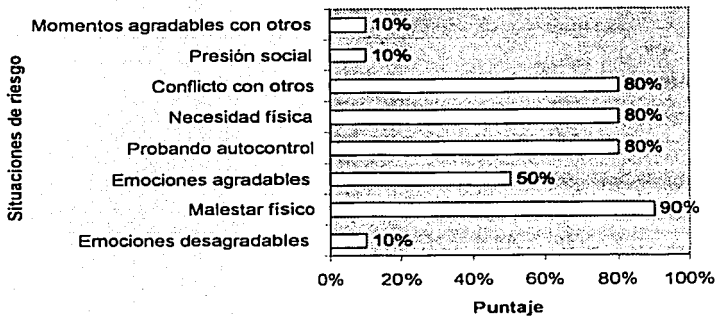


Figura No. 4. Resultados del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) Abril 2002.



7. TERCERA SESIÓN

Objetivos

- Que el usuario desarrolle una estrategia básica de solución de problemas que sirva de base para la elaboración de un plan de acción de conductas alternativas y que se aplique en las situaciones que lo precipitan a beber en exceso.
- Identificar los factores que lo ayudarán a cambiar su conducta tales como sus propios recursos así como los estilos de afrontamiento efectivos y los recursos sociales con los que cuenta.

Desarrollo de la tercera sesión

Se inició la sesión con la revisión del auto-monitoreo. Se pidió a Alfonso que tomara algunos minutos para observar su consumo de la semana anterior y se le preguntó qué había sucedido esta semana y si hubo cambios significativos en su consumo sin caer en detalles.

Esta semana, Alfonso canceló su cita, por lo que se recorrió la sesión dos semanas. Por ende, reportó en su auto-monitoreo el consumo de dos semanas. En la primera semana bebió 11 tragos estándar y tuvo dos días intercalados de abstinencia.

- El primer día bebió un trago estándar en la comida.
- El segundo día bebió 4 tragos estándar, en esta ocasión rompió su meta de 3 tragos por ocasión y bebió 3 tragos estándar en una hora con lo cual se sintió mareado. En la noche se fue a jugar dominó y bebió un trago estándar pero no sintió necesidad de seguir bebiendo.
- El tercer día no bebió aunque asistió a una fiesta familiar y se sintió un poco deprimido, como fuera de lugar, pero no le dio importancia y él mismo observó que "era mejor así". El cuarto día comió en su casa y bebió un trago estándar aunque menciona que no disfrutó su sabor.
- El quinto día bebió también un trago estándar mientras comía en casa pero esta vez sí lo disfrutó.
- El sexto día bebió 4 tragos estándar mientras se encontraba en un viaje de trabajo. Debido al calor que hacía ese día, se tomó un trago estándar en la comida y tres tragos estándar en la noche en un lapso de dos horas.
- El séptimo día no bebió porque no había vino de mesa en su casa.
- En la segunda semana, es decir, el octavo día, (fecha en la que tenía la sesión tres que canceló) sólo bebió 4 tragos estándar durante dos horas.

Atribuye la velocidad de su consumo a la prisa que traían las otras personas con quienes estaba comiendo. Dado que ya se había tomado "su cuota semanal", el resto de la semana no consumió. Por un lado no había vino en su casa y por otro lado no tuvo la necesidad de tomar. Alfonso reporta que se sintió tranquilo antes y después de cada consumo y que no se le presentó ninguna situación extrema en la que se pusiera en riesgo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aquí se señaló la importancia de tratar de apegarse a la meta que el mismo se propuso así como tratar de cumplirla en la medida de lo posible, siguiendo los consejos propuestos para el consumo moderado de bebidas alcohólicas.

Se procedió a revisar la lectura 3 así como la tarea 3, referente a las opciones y los planes de acción para sus tres situaciones de alto riesgo.

Posteriormente se preguntó a Alfonso si había leído la lectura y se le pidió que comentara lo que más le había llamado la atención. El contenido de la lectura tres, en donde se hizo referencia a la importancia de identificar las alternativas y opciones que tiene ante las situaciones de alto riesgo que precipitan el consumo excesivo de alcohol. En esta ocasión, Alfonso se sintió identificado con el ejemplo expuesto en la lectura, en donde analizó que la mejor opción era reducir su consumo para evitar emborracharse y así continuar viendo a sus amigos y jugar dominó, así como ser capaz de disfrutar de una copa ocasionalmente. Luego se revisó la tarea No. 3 referente al desarrollo de opciones y planes de acción.

Tarea No. 3. Parte I. Desarrollo de opciones y planes de acción

Para la situación problema No. 1.- Comidas en restaurantes con compañeros de trabajo, en las cuales se festeja algún evento, el usuario propuso tres opciones:

1. *Negarme a asistir a esos eventos cuando me invitan.*
2. *Asistir a la reunión, pero no tomar ninguna copa.*
3. *Asistir a la reunión y tomarme tres copas únicamente.*

Alfonso eligió como mejor opción la número tres, referente a asistir a la reunión y tomarse tres copas únicamente y como segunda mejor opción la número dos, que consiste en asistir a la reunión pero no tomar ninguna copa.

Posteriormente se le preguntó cuáles serían las posibles consecuencias de cada opción para la situación de riesgo número uno, a lo que respondió que de seguir esta opción ya no conviviría con sus compañeros de trabajo, no se divertiría de vez en cuando, no tomaría en exceso y no se desvelaría. Las posibles consecuencias de la segunda opción serían sentirse fuera de lugar, y perder el control en caso de no cumplir con su meta. Ante estas consecuencias, Alfonso se mostró descontento, ya que implicaría hacer a un lado su vida social.

Conjuntamente se revisó el plan de acción de esta la primera situación de riesgo y se obtuvo que al asistir a la reunión, únicamente va a tomar tres copas y hará lo siguiente:

- Pedir a los compañeros que no insistan a que beba más.
- Explicar que se encuentra en un programa de tratamiento.
- Solicitar al mesero que le sirva un trago sólo cuando él se lo pida.
- Retirarse de la reunión a buena hora, esto es, cuando él observe que sus compañeros ya han tomado en exceso.
- Rellenar con agua mineral o refresco su vaso para intercalar entre cada copa.
- Comer antes de empezar a beber.
- Calmar la sed con agua antes de beber.
- Platicar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para la situación problema No. 2.- Reunión en un bar para jugar dominó con mis amigos, Alfonso mencionó las siguientes opciones:

1. *Negarme a asistir a jugar dominó.*
2. *Asistir a jugar dominó pero no tomar ninguna copa.*
3. *Ir a jugar dominó y tomarme tres copas únicamente.*

La mejor opción para Alfonso fue la número tres, que consiste en ir a jugar dominó y tomarse únicamente tres copas. La segunda mejor opción fue la dos, referente a asistir a jugar dominó pero no tomar ninguna copa.

Así mismo, las posibles consecuencias de la opción número uno serían prácticamente las mismas, es decir, perder un área de convivencia social con sus amigos, así como la diversión y beber en exceso. Las posibles consecuencias de la segunda opción fue sentirse fuera de lugar, sentir ansiedad, ser el aburrido de la fiesta y que sus compañeros le hagan bromas al respecto, reportarse a casa, retirarse de la reunión a buena hora, no arriesgarse a tener un accidente, tener más posibilidades de ganar en el dominó al estar sobrio. Las posibles consecuencias de la tercera opción serían sentirse parte de la fiesta, reportarse a casa, retirarse de la fiesta a buena hora y no correr el riesgo de tener un accidente, pero acepta que si no mantiene el control podría beber en exceso. En este sentido, Alfonso se encuentra muy temeroso y desconfiado de poder mantener la moderación ante esta situación.

Se le preguntó a Alfonso cuál de las tres opciones era la más real y cuál la más irreal. El aceptó que la primera opción era totalmente irreal, tanto en la primera como en la segunda situación de riesgo, ya que nunca se ha negado a asistir a un juego de dominó con sus amigos.

Para la situación problema número 2, el plan de acción es el siguiente:

- Cuando decida ir a jugar dominó, tomará únicamente tres copas y el plan de acción será el mismo que en la situación problema número uno.
- En este punto se enfatizó la importancia de aprender a manejar la ansiedad que le puede provocar ver a sus compañeros beber, así como también saber enfrentar los comentarios que puedan llegar a causarle molestia respecto a su decisión de no beber o beber en menor cantidad. Sin embargo, el usuario confía en que sus compañeros lo van a entender y respetarán la decisión que él tome en ese momento, por tanto, el debe mostrar seguridad y decisión en ese momento.

Para la situación problema No. 3.- Comida en casa de amigos o familiares para festejar, el usuario planteó las siguientes opciones:

1. *No asistir a la comida.*
2. *Asistir a la comida pero no tomar ninguna copa.*
3. *Ir a la comida y tomarme tres copas únicamente.*

La mejor opción para Alfonso fue la número tres, en la que asistirá a la comida o evento y sólo tomará tres copas. Las posibles consecuencias de la primera opción son no convivir con sus amigos y familiares, por tanto, no divertirse; las posibles consecuencias de la segunda opción son sentirse fuera de lugar, ansiedad, ser considerado como una persona aburrida por los amigos y familiares, retirarse temprano de la fiesta con su

familia, no ser agresivo ni necio y no tener el riesgo de un accidente automovilístico. Las posibles consecuencias de la opción número tres son las mismas que en las dos situaciones anteriores.

Se observa que Alfonso únicamente propuso tres opciones para las tres situaciones de riesgo. Esto significa que hubo una generalización de las posibles respuestas y que en sí las tres situaciones de riesgo se resumirían en una sola: la convivencia social y la socialización con el medio al que pertenece: familia y trabajo.

Para la situación problema número 3, el plan de acción es el siguiente:
Cuando decida ir a la comida y sólo tomar tres copas:

- Pedir a los amigos y familiares que no insistan a que beba más, debido a que está en un programa de tratamiento.
- Servirse refresco entre trago y trago.
- Comer o batanear antes de tomar cualquier bebida alcohólica.
- Retirarse de la reunión a una hora en la que sea prudente y antes que los asistentes ya hayan tomado en exceso.

Después, se le pidió a Alfonso que reflexionara sobre qué tan realistas o qué tan efectivas podrían ser esas opciones y planes de acción a largo plazo así como lo que tendrá que hacer para alcanzarlos y si valdrá la pena esforzarse. El respondió que sí le parecían realistas y que iba a llevarlos a la práctica lo mejor posible en cada situación de riesgo que tuviera porque quería llevar a cabo sus razones para cambiar así como evitarse problemas con la gente que lo rodea.

Finalmente, se hizo un resumen de la sesión y se recordó al usuario seguir con su auto-monitoreo se proporcionó al usuario el paquete de tareas para la siguiente sesión que consistió en el segundo establecimiento de metas, la forma de solicitud de sesiones adicionales y el CCS. Se mencionó que la siguiente sesión sería la última sesión formal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. CUARTA SESIÓN

Objetivos

- Identificar situaciones probables de alto riesgo que se le puedan presentar al cliente en el futuro.
- Desarrollar otros planes de acción para las situaciones de alto riesgo que se le pueden presentar en el futuro.
- Hacer notar al cliente que el compromiso para el cambio es a largo plazo y que las opciones que plantee deben ser realistas.
- El cliente va a realizar un segundo establecimiento de metas y solicitará sesiones adicionales de acuerdo a su consideración personal.
- El cliente realiza un resumen del programa y proporciona su opinión sobre el mismo.

Desarrollo de la cuarta sesión

Se inició la sesión con la revisión del auto-monitoreo, por tanto, se pidió a Alfonso que tomara algunos minutos para observar su consumo de alcohol de la semana anterior y se le preguntó qué había sucedido esta semana y si hubo cambios significativos en su consumo. Dado que esta sesión fue cancelada la semana anterior a la sesión, Alfonso registró el consumo de dos semanas.

- La primera semana, únicamente bebió un día, un total 3 tragos estándar en la comida, en un lapso de 4 horas y no hubo consecuencias. Se sintió tranquilo.
- La segunda semana, bebió 9 tragos estándar a lo largo de la semana. Los días que bebió fueron de la siguiente forma: el primer día bebió 3 tragos estándar en un lapso de cuatro horas durante la comida; el tercer día bebió 3 tragos estándar en una reunión familiar, el sexto día también bebió 3 tragos estándar. En las tres ocasiones de consumo trató de seguir los consejos para beber moderadamente, tales como beber un trago por hora, comer mientras bebía, platicar, rellenar el vaso con agua mineral o refresco y detenerse entre copa y copa para pensar si realmente quería seguir bebiendo o no.

Se observa que en estos quince días, Alfonso respetó su meta de tratamiento y de acuerdo con su reporte verbal y su auto-monitoreo se pudo controlar muy bien a pesar de estar expuesto a situaciones de alto riesgo como las comidas con sus compañeros de trabajo y las reuniones con sus familiares. En este sentido, el cliente reportó que empezó a emplear los planes de acción para las situaciones de alto riesgo. Así mismo, sintió que sus compañeros y familiares lo respetaron en su decisión de consumir hasta cierto límite. El cliente redujo su consumo en las situaciones de alto riesgo, sin embargo sigue siendo una situación de alto riesgo en la que necesita plantearse más opciones para enfrentar adecuadamente la ansiedad que le produce consumir hasta cierto límite en esas situaciones.

Enseguida, se revisó conjuntamente el segundo establecimiento de metas. Alfonso cambió su meta de consumo, ahora planea tomar no más de 2 días a la semana, no más de 4 copas estándar por ocasión. Ante esto, se le preguntó por qué había cambiado su meta de consumo y qué significado tenía. El comentó que prefería beber

menos días pero más cantidad. Se le enfatizó que precisamente este tipo de consumo es el que se tiene que prevenir, ya que al aumentar el consumo por ocasión es más fácil abusar que moderarse. Sin embargo, en la supervisión del caso se observó que el cliente se encontraba dentro de los límites aceptados para el beber moderado. Alfonso mencionó que esta nueva meta representaba un 75% de importancia para él y que tenía 100% de confianza personal para lograrlo. En este sentido, los niveles de importancia y de confianza situacional no cambiaron, se mantuvieron en el mismo porcentaje que al inicio del tratamiento. Obsérvense los siguientes cuadros:

1. En este momento, ¿qué tan importante es para usted lograr la meta establecida? 75%

0 Nada importante	25 Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	50 Tan importante como las mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar.	75 Más importante que la mayoría de las cosas que me gustaría lograr cambiar.	100 La más importante de todas las cosas en mi vida.
----------------------	--	--	--	---

2. En este momento, ¿qué tan confiado se siente en lograr la meta establecida? 100%

0 Creo que no lograré mi meta.	25 Tengo el 25% de confianza en lograr mi meta.	50 Tengo el 50% de confianza en lograr mi meta.	75% Tengo el 75% de confianza en lograr mi meta.	100% Estoy totalmente seguro de lograr mi meta.
-----------------------------------	--	--	---	--

A continuación se presenta la comparación de ambas metas de tratamiento, la inicial y la final:

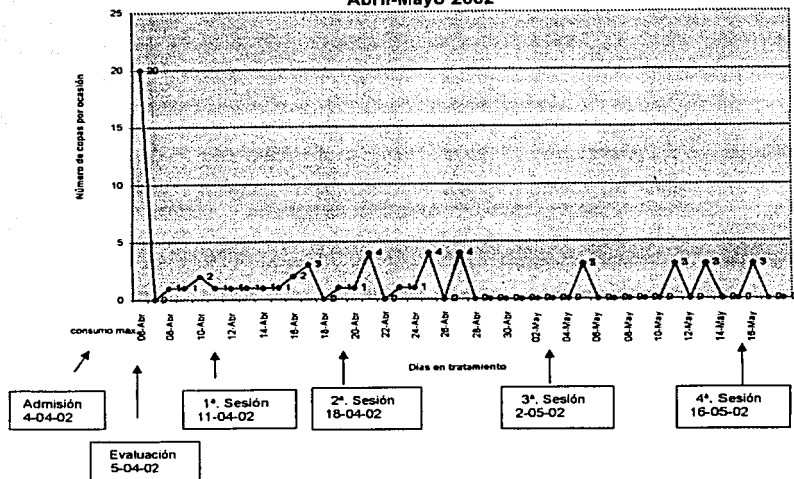
Tabla No. 7. Metas de tratamiento

Meta inicial	Meta final
No tomar más de 3 copas estándar. No más de 9 copas a la semana. Sólo una vez a la semana como máximo, tomaré 3 copas estándar.	No tomar más de 4 copas por ocasión. No tomar más de 2 días a la semana. Tomará máximo 8 copas estándar a la semana.
Porcentaje de importancia: 75%	Porcentaje de importancia: 75%
Porcentaje de confianza: 100%	Porcentaje de confianza: 100%

En seguida se le preguntó a Alfonso cómo había cambiado desde que ingresó a su tratamiento y cómo se encuentra ahora con relación a su compromiso para cambiar.

Alfonso percibió que si había tenido un cambio, que evidentemente había disminuido su consumo por ocasión, como se muestra en la figura No. 6.

**Figura No. 5. Auto-registro de consumo de bebidas alcohólicas durante el tratamiento
Abril-Mayo 2002**



Posteriormente, se le preguntó su opinión acerca del tratamiento, a lo cual mencionó que si le había servido y que ahora se sentía más seguro.

Se comentó conjuntamente que era necesario poner especial atención a las situaciones de alto riesgo para prevenir en la medida de lo posible una recaída en el futuro. Se le reforzó la idea de la importancia de detectar las situaciones de riesgo y poner en práctica los planes de acción comentados así como los consejos para el beber moderado y el auto-monitoreo. En esta sesión se le preguntó a Alfonso si tenía la necesidad de tomar sesiones adicionales y se le explicó el objetivo de una sesión adicional, que es trabajar algún aspecto de las sesiones revisadas en el tratamiento que él considere necesario. En este caso, el manifestó que por el momento no tenía la necesidad de acudir a sesiones adicionales y que si en algún momento requiera algo él se comunicaría. Finalmente, se hizo un resumen de la sesión, se preguntó si quedaban dudas o algún comentario al respecto y se dio las gracias al cliente por haberse dado la oportunidad de participar en el programa de tratamiento. Se le recordó que ahora continuarían las sesiones de seguimiento en los meses subsiguientes. Se fijó la cita para el primer seguimiento y se despidió al cliente.

9. PRIMER SEGUIMIENTO (1 mes: Junio del 2002)

Los seguimientos son intervenciones sistemáticas y estructuradas en las que se contacta al cliente en los meses 1o., 3º., 6º., y 12º. posteriores al tratamiento. Las sesiones de seguimiento son intervenciones motivacionales, en donde se explora el cambio conductual en el cliente, el mantenimiento del cambio conductual y la eficacia del tratamiento. Lo anterior permite tener un canal abierto de retroalimentación con los usuarios del programa, que tiene la función de monitorear los resultados obtenidos en el mismo.

Objetivo

- Revisar el patrón de consumo del cliente a través del tiempo posterior a su tratamiento en el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema.
- Proporcionar al cliente el apoyo necesario para su mantenimiento en el proceso de cambio conductual logrado o para que encuentre alternativas de solución y se reincorpore a dicho proceso.

Desarrollo del primer seguimiento

Después de un mes de concluido el tratamiento incluyendo las sesiones adicionales, el cliente acudió a su cita de primer seguimiento el 17 de junio del 2002. El cliente reporta que le ha ido mal porque tuvo una recaída por problemas familiares que nunca había tenido. El considera que bebió en exceso a propósito, buscó un refugio en el alcohol, sabía que estaba mal pero no le importó. En esta ocasión la situación se tornó grave en la familia. Perdió el control. En ese momento consideraba que el dolor emocional que tenía justificaba su consumo excesivo. Se sentía muy triste por el problema. Bebió en exceso en tres ocasiones:

- Primera ocasión: bebió 10 tragos estándar de destilados en un lapso de 6 horas que inició al salir del trabajo. Inició bebiendo 3 copas acompañado de su pareja. Posteriormente siguió bebiendo 7 tragos más sólo. Posteriormente se retiró del lugar y no tuvo la necesidad de beber más.
- Segunda ocasión: bebió 12 tragos estándar de destilados. El precipitador fue una discusión con su pareja por lo que bebió parte de la noche y toda la madrugada. En el transcurso de tres horas bebió 8 copas. Al día siguiente reinició su consumo a medio día el cual se prolongó ocho horas en las que bebió 6 copas más. Ese día no fue a trabajar. Al término del día no tuvo ganas de seguir consumiendo.
- Tercera ocasión: el cliente tuvo nuevamente el mismo precipitador que la ocasión anterior, una discusión con su pareja por el mismo problema. Bebió 12 copas estándar en un lapso de tres horas pero no se quedó con ganas de seguir consumiendo.

En este periodo se presentaron tres recaídas, es decir, hubo consumos entre 10 y 12 copas estándar, sin embargo una ventaja es que se observa es que el consumo se mantiene por debajo de los 20 tragos estándar que la persona solía beber hasta antes del tratamiento por ocasión de consumo (ver figura No.7).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Posteriormente, se revisaron conjuntamente las situaciones de riesgo así como las opciones y los planes de acción. Alfonso menciona que en este momento su situación principal de riesgo cambió y ahora bebe porque tiene problemas con su pareja y teme pensar en el rompimiento de su matrimonio. Él reconoce que tiene que trabajar en alguna terapia los problemas que tiene con su esposa. En consecuencia, el cliente menciona que ha estado interesado en relacionarse con otra mujer diferente a su esposa y que esto lo ha puesto en una situación difícil que lo ha llevado a beber. Las opciones manifestadas para enfrentar esta nueva situación son: no ver a la otra mujer ni hablarle por teléfono y en caso de que la viera en alguna reunión social él no va a consumir bebidas alcohólicas. Por otra parte, va a pensar en los riesgos de beber en exceso.

Dentro de los planes de acción también se hace énfasis en que se practiquen los consejos o tips para el consumo moderado: beber despacio, beber respetando su meta de tratamiento, beber un trago estándar por hora, dejar pasar veinte minutos entre cada copa, saciar la sed primero con bebidas que no contengan alcohol, saciar el hambre, rellenar el vaso con refresco o agua, mantener el vaso bajo su control, es decir, que nadie más que él decida cuándo servirse otra copa, no tener en la mano la copa, hacer otras cosas como bailar o platicar.

Como tarea, Alfonso se propuso pensar en los pros y en los contras que le ocasionaría involucrarse en una relación extraconyugal.

Se aplicó el CCS y se obtuvo que las situaciones en las que tiene una menor confianza personal para controlar las ocasiones de beber (50%) son: emociones desagradables, emociones agradables y conflicto con otros.

Por otro lado, las situaciones en las que manifiesta una confianza personal para controlar las ocasiones de beber (90%) son probando control y momentos agradables con otros. Las situaciones en las que se siente totalmente seguro de poder controlar su forma excesiva de beber (100%) son el malestar físico, la necesidad física y la presión social.

Tabla No. 8. Resultados del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) del primer seguimiento al mes posterior al tratamiento (junio 2002)

CCS	
Emociones desagradables	50%
Malestar físico	100%
Emociones agradables	50%
Probando Control	90%
Necesidad física	100%
Conflictos con otros	50%
Presión social	100%
Momentos agradables con otros	90%

Se le preguntó al cliente si el programa que aprendió durante el tratamiento lo podría aplicar en otras situaciones problemáticas de su vida, ante lo cual él respondió afirmativamente.

Finalmente, el cliente manifestó su necesidad para asistir a dos sesiones adicionales posteriores a esta sesión ya que sentía que era importante revisar la nueva situación de riesgo y plantear alternativas para evitar recaídas en el futuro.

Ante esto, la terapeuta le proporcionó una nueva cita para la semana siguiente. Se hizo un resumen de la sesión en donde se enfatizó que el objetivo de las sesiones adicionales es básicamente analizar lo que lo está llevando a un consumo excesivo así como plantear metas de tratamiento acordes con su situación. Se retomó la idea de registrar el consumo diariamente y se concluyó la sesión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10. SESIONES ADICIONALES

SESIÓN ADICIONAL No. 1

Objetivo

- Revisar las situaciones de riesgo que precipitan a episodios de beber excesivo en el cliente.
- Revisar las opciones, así como los planes de acción y observar si requieren modificación o adecuación a su realidad actual.
- Plantear opciones o alternativas para enfrentar las situaciones de riesgo y revisar los planes de acción o elaborar unos nuevos a fin de prevenir posibles recaídas.

Desarrollo de la primera sesión adicional

Alfonso reporta haber tenido una recaída la semana anterior a esta sesión, en la que bebió 12 tragos estándar de destilados (whisky) en un lapso de 6 horas. El cliente identifica que bebió en una situación de alto riesgo en donde no pudo manejar sus emociones desagradables, básicamente lo reporta de esta manera: *"bebo para darme valor para enfrentar el dolor", "bebo para castigar a las personas que amo", "bebo para llamar la atención", "bebo para que la persona que quiero (que no es mi pareja) me tenga lástima y me haga caso"*. Alfonso menciona que bebió rápido, en promedio dos copas por hora. La razón por la que bebió en exceso es haber sido rechazado por la otra persona con quien tenía un romance fuera de su relación marital.

En esta sesión se revisa la situación de riesgo que lo llevó a recaer en las últimas dos ocasiones: el manejo de emociones desagradables y el conflicto con otros, específicamente con su pareja.

Alfonso realizó un ejercicio en donde observó los pros y los contras de tener una relación extramarital y de terminar con esta. El cliente reconoce que es importante que él termine con su romance extramarital porque de lo contrario perdería el respeto de su familia así como a su pareja y entonces esto lo llevaría a una gran frustración.

El plan de acción para la siguiente semana: Cuando se sienta triste por esta situación, en lugar de irse a un bar a beber va a hablarle a su esposa y se va a encontrar con ella. Otra opción es irse a su casa directamente saliendo del trabajo y no beber.

Meta en cuanto a consumo de alcohol a lo largo de esta semana, hasta el próximo lunes: No beber alcohol.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SESIÓN ADICIONAL No. 2

Objetivo

- Revisar las situaciones de riesgo que precipitan a episodios de beber excesivo en el cliente.
- Revisar las opciones, así como los planes de acción y observar si requieren modificación o adecuación a su realidad actual.
- Plantear opciones o alternativas para enfrentar las situaciones de riesgo y revisar los planes de acción o elaborar unos nuevos a fin de prevenir posibles recaídas.

Desarrollo de la segunda sesión adicional

En la segunda sesión adicional, Alfonso se presenta a la sesión y reporta que tiene que asistir a una junta laboral por lo que debe retirarse, sin embargo se le preguntó cómo había estado su consumo a lo cual reportó que pudo cumplir su meta en la semana. Reporta que empezará a tomar un curso de música, tres veces por semana. Finalmente se programa una nueva cita y se le acompaña a la salida del centro de servicios psicológicos.

Nuevamente el cliente se presenta una semana después a la cita acordada para cubrir la segunda sesión adicional. En esta semana no hubo consumo de bebidas alcohólicas, por lo que se le felicita y se le pregunta cómo aplicó sus planes de acción para enfrentar las situaciones de riesgo que se le presentaron. El dice que pudo estar en abstinencia en la semana porque así lo planeó mentalmente, visualizó que en la semana no iba a beber porque tenía una situación de alto riesgo que lo llevaría a tener consecuencias desagradables. Además dice tener en cuenta los consejos para el beber moderado en caso de presentarse alguna reunión o evento en donde haya bebidas alcohólicas.

Alfonso menciona que algo que le ha permitido manejar su ansiedad son las clases de música que toma en las tardes. Reporta que en una escala del 0 al 10 su calidad de vida actual está en el número 9. Así mismo, considera que se siente 80% seguro de controlar las situaciones de riesgo que lo pueden precipitar a beber alcohol en exceso, específicamente beber ante un conflicto con otros o cuando tiene una emoción desagradable.

Un plan de acción que propone es asistir a sus clases de música, ya que encuentra en ellas una opción que le reporta gran satisfacción y bienestar además de ser una alternativa diferente que hoy puede iniciar. Alfonso piensa que las clases que toma le sirven para manejar su ansiedad y para pensar mejor en los sentimientos que le conducen a llevar a cabo acciones. También se propone trabajar más en las situaciones que le reportan emociones desagradables y no dejar los "sentimientos en el tintero", sino programarse y enfrentarlos. En esta sesión se percibe que el usuario tiene prisa por irse y que "todo está arreglado", "ya no hay más qué decir". Queda la sensación de que todo se resolvió y que ahora la vida le sonríe. Con esta sesión se dan por terminadas las sesiones adicionales y se hace un resumen. Se le comenta que se le hará un seguimiento a los tres y seis meses posteriores.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. SEGUNDO Y TERCER SEGUIMIENTO (a los 3 meses: agosto del 2002 y 6 meses: noviembre del 2002)

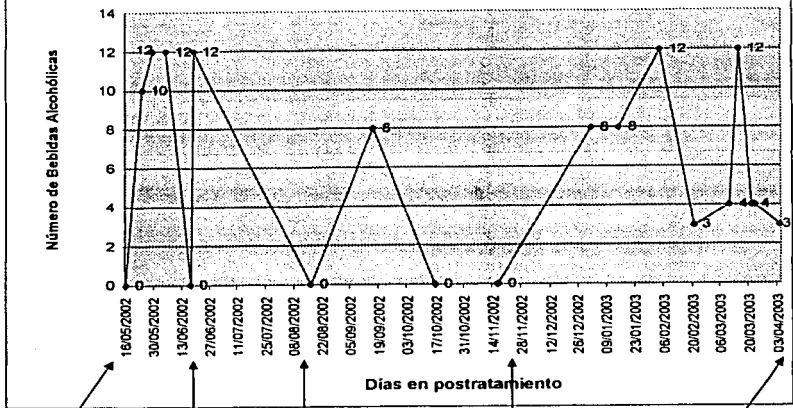
Objetivos

- Revisar el patrón de consumo del cliente a través del tiempo posterior a su tratamiento en el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema.
- Proporcionar al cliente el apoyo necesario para su mantenimiento en el proceso de cambio conductual logrado o para que encuentre alternativas de solución y se reincorpore a dicho proceso.

Desarrollo del segundo y tercer seguimiento (3 y 6 meses)

Para realizar estos seguimientos se fijó una fecha con el cliente, pero desafortunadamente el cliente canceló las citas en ambas ocasiones debido a cuestiones laborales. Sin embargo se mantuvo el contacto con el cliente y se hizo un seguimiento por teléfono en donde se le preguntó cómo había estado su consumo de bebidas alcohólicas ante lo que mencionó que tanto a los tres meses como a los seis meses que se hizo el seguimiento por teléfono, él se sintió confiado y mencionó que estaba bien pues consideraba que su época de crisis marital ya había pasado. Ahora se encontraba tranquilo. Hasta este momento, el cliente mantuvo su meta de tratamiento (8 copas estándar a la semana), intercalada con periodos de abstinencia, así como también reportó que no tuvo recaídas ni problemas relacionados con la bebida, por lo que se observan los beneficios del tratamiento.

Figura No. 6. Registro del Consumo de Bebidas Alcohólicas los meses de seguimiento 1,3,6 y 12 posteriores al



4°. Sesión de Tx.
16 Mayo 02

Primer Seguimiento 1 mes:
17 Jun 02

Segundo Seguimiento 3 meses:
16 Agosto 02

Tercer Seguimiento 6 meses:
16 Nov 02

Cuarto Seguimiento 12 meses:
16 Abril 03

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

12. CUARTO SEGUIMIENTO (12 meses: Abril del 2003)

Objetivos

- Revisar el patrón de consumo del cliente a través del tiempo posterior a su tratamiento en el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema.
- Proporcionar al cliente el apoyo necesario para su mantenimiento en el proceso de cambio conductual logrado o para que encuentre alternativas de solución y se reincorpore a dicho proceso.

Desarrollo del cuarto seguimiento (12 meses: Abril del 2003)

En los reportes del programa de Residencia en Adicciones revisados con anterioridad se observó que en ninguno se ha realizado un seguimiento a los 12 meses. Algunos terapeutas que han aplicado el modelo de Autocambio dirigido para Bebedores Problema en la Facultad de Psicología han presentado resultados de seguimientos realizados hasta los tres meses después del tratamiento (Medina, 2002) y a los seis meses de tratamiento (Morales, 2002). Para el programa de tratamiento con adolescentes también se han realizado seguimientos a los seis meses (Ruiz, 2003; Salazar, 2003). En otros casos, el reporte de los seguimientos realizados es un tanto inespecífico, pues no se clarifica hasta qué punto el cliente tuvo problemas o recayó en los meses posteriores al tratamiento (Jiménez, 2001).

Es difícil hacer seguimiento a los usuarios del programa de autocambio dirigido porque generalmente estos no aceptan ser entrevistados ni evaluados después de un año.

A pesar de lo anterior, en esta ocasión sí se pudo contactar al cliente a los 12 meses posteriores al tratamiento. Veamos cuál fue la experiencia:

Se llamó al cliente por teléfono para realizar el último seguimiento correspondiente a los doce meses posteriores a su tratamiento. Afortunadamente se localizó al cliente, y dijo que estaba por hablarme "yo le iba a llamar porque he tenido recaídas". Este cliente aceptó ser entrevistado a los 12 meses en parte porque quería revisar cómo iban sus consumos, ya que está preocupado por sus recaídas. El cliente reporta un interés para retomar un tratamiento que le impida llegar a esos eventos, lo que permite ver que adquirió una conciencia de consumo y aprendió a pedir ayuda para seguir con un tratamiento. El programa le dejó esa conciencia de su propio consumo y de buscar alternativas ante un problema.

Entonces se concertó una cita para comentar la evolución de su caso. Se recibió al cliente en el Centro de Servicios Psicológicos y se le aplicó el cuestionario de seguimiento. Primeramente se le preguntó cómo había estado en estos meses y qué había pasado con respecto a su consumo de bebidas alcohólicas. Mencionó que su consumo continúa siendo un 100% de destilados lo que representa un problema mediano para él, al no tener consecuencias negativas serias aún. Él respondió que había tenido dos recaídas, sin embargo considera que estas representan una oportunidad de aprendizaje y crecimiento personal.

Con respecto a las recaídas, Marlatt (1985) menciona que si la persona cree que recaerá es un fracaso total, entonces se resignará a la inevitable caída bajo el modelo de enfermedad. Por el contrario, si la persona observa su caída como un error así como una oportunidad para un nuevo aprendizaje y un crecimiento personal, entonces estarán en condiciones de mantener el control y no rendirse ante la recaída. Esto lleva a pensar que el cliente aprendió con el programa a observar sus propias recaídas como una oportunidad para continuar en el camino de la recuperación y no rendirse

En este sentido, Marlatt (1985) afirma que el individuo comete más recaídas en las fases tempranas de la recuperación en el post-tratamiento porque está intentando consolidar nuevas respuestas a viejos estímulos. El individuo adquiere y domina poco a poco la habilidad para mostrar un nuevo patrón de respuestas, por tanto, el curso del progreso es gradualmente ascendente hasta que encuentra un punto en el que se estabiliza.

Luego se le preguntó qué tan satisfecho estaba con su calidad de vida en este momento, a lo cual respondió que se sentía inseguro.

Se aplicó en seguida en Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA). El cliente reportó como primera situación de consumo de alcohol los momentos agradables (puntaje = 60) lo que se relaciona con las comidas laborales y familiares en las que reporta tener consumos excesivos. En segundo lugar le sigue la situación de Probando Autocontrol (puntaje = 43) y en tercer lugar la Presión Social (puntaje = 37). Es sobre todo cuando sale fuera de la ciudad por cuestiones laborales que el cliente consume de forma excesiva, ya que se siente en libertad y fuera de la presión familiar de tener que quedar bien con alguien o cumplirle a alguien para no intoxicarse con alcohol (Ver tabla No.7).

El cliente menciona que ha identificado tres situaciones de riesgo que lo llevan a consumir en exceso: las reuniones laborales, las reuniones familiares y problemas con su pareja. Esto habla de otro aprendizaje por parte del cliente, quien demostró que aprendió a identificar las situaciones que lo precipitan a beber. Se mostró enojado y al hablar de sus recaídas en general. Menciona que ha tenido muy mal humor últimamente y que quizás sea por eso que está bebiendo de más.

Respecto a la primera situación de riesgo, él identifica que es la presión social por parte de sus compañeros del trabajo en donde las ocasiones de consumo fueron sobre todo entre semana que es cuando sale de viaje al interior de la república por cuestiones laborales. Los consumos llegan a ser de 12 tragos por ocasión. Se preguntó si había dejado de asistir al trabajo o si había sido internado a un centro hospitalario por abusar de alcohol y respondió que no, afortunadamente continúa trabajando y de salud se siente bien salvo las veces que recayó, en las que sólo tuvo la resaca al día siguiente.

La segunda situación de riesgo es en reuniones familiares, en donde también aparece la presión social para beber. Menciona que frases como "quien no toma no es de confiar" o "no seas abumido" influyen para que él siga bebiendo y sobrepase su meta de tratamiento (4 tragos estándar por ocasión).

Al hablar de la situación con su pareja, el cliente afirma que básicamente los problemas que tienen se deben a un estilo de comunicación inadecuado, se mal interpreta lo que

se dicen y no llegan a nada. En ocasiones bebe por revancha y en otras bebe para demostrar que puede controlar la situación.

Se interrogó al cliente sobre las opciones que había pensado para enfrentar este problema así como en los planes de acción que había llevado a cabo.

Para la situación de riesgo para beber en exceso por cuestiones laborales, o familiares, el cliente propuso poner un aviso en su computadora o en su celular que le indicara que tenía que dejar de beber a cierta hora, de esta forma él se programaría para salir del evento antes de beber en exceso. También iba a beber más despacio, no tener la copa al alcance de las manos o en las manos, intercalar una bebida no alcohólica entre cada copa y platicar durante el evento. Así mismo, él se propuso programar actividades con su esposa o amigos que no bebieran con el fin de parar su consumo antes de llegar a beber en exceso, como por ejemplo, asistir a jugar algún deporte al día siguiente. Básicamente, el cliente planteó programarse antes de cada situación de consumo o evento en donde fuera a consumir bebidas alcohólicas, esto es, pensar en su meta de tratamiento así como en su plan de acción para evitar beber en exceso.

Para la situación de riesgo para beber en exceso por problemas con su pareja, el cliente propuso hablar del problema en lugar de justificarse e irse a beber. También vio la posibilidad de asistir a terapia de pareja.

El cliente menciona que las situaciones en las que recayó se debieron a su indisciplina por lo que le costó trabajo aplicar las opciones que se planteó en algunos casos. El cliente atribuye el olvido, la falta de interés personal y el "no me importa" como causas para dejar a un lado las estrategias vistas en el programa de autocambio dirigido para bebedores problema. Siente que no fue constante en aplicar los procedimientos del programa de tratamiento.

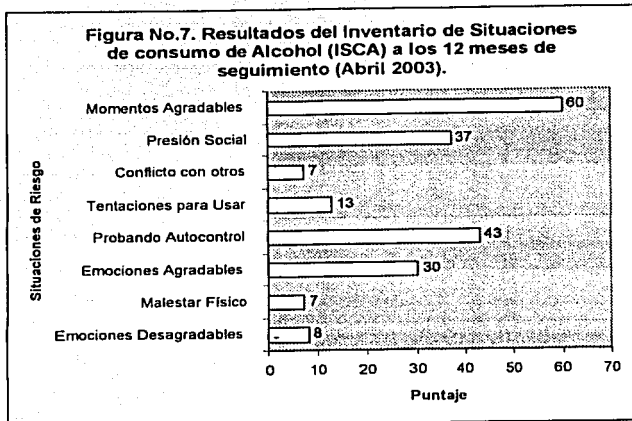
A pesar que él se califica como indisciplinado, él ha practicado lo siguiente: la identificación de situaciones de riesgo y la propuesta de alternativas u opciones para enfrentar las situaciones de riesgo. Se le retroalimentó al cliente al mencionarle que el hecho de venir nuevamente a pedir ayuda era en sí mismo un avance.

Lo anterior coincide con los resultados del ISCA. Así mismo, reporta que ya no acude a jugar juegos de mesa, situación que lo precipitaba al consumo excesivo.

Los beneficios del programa de autocambio dirigido para bebedores problema se observan en las situaciones que presentaron un decremento en los puntajes postratamiento fueron: el conflicto con otros (7-2), malestar físico (7-3) y emociones desagradables (8-2). En este sentido, se observa que el cliente disminuyó los conflictos interpersonales por un lado así como las emociones desagradables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

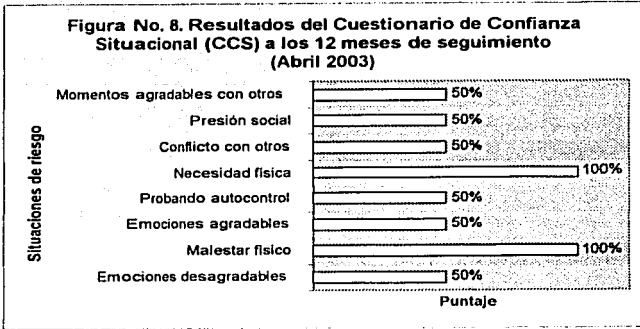
Figura No.7. Resultados del Inventario de Situaciones de consumo de Alcohol (ISCA) a los 12 meses de seguimiento (Abril 2003).



Después, se le preguntó la versión breve del Cuestionario de Confianza Situacional en donde manifestó que las situaciones en las que más inseguro se siente de poder controlar su forma excesiva de beber son: las emociones agradables, las emociones desagradables, probando autocontrol, el conflicto con otros, la presión social y los momentos agradables con otros (50% respectivamente). El cliente incrementó su confianza situacional en las áreas pertenecientes a: las emociones desagradables, el malestar físico, la necesidad física. Por el contrario, no parece que las situaciones que involucren malestar físico y necesidad física sean problemáticas para él, lo cual hace pensar que la conducta de beber del cliente no está vinculada con aliviar una necesidad de malestar físico. Obsérvese la figura No. 8.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura No. 8. Resultados del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) a los 12 meses de seguimiento (Abril 2003)



Posteriormente se aplicó el Cuestionario de Evaluación del tratamiento por parte del usuario, en donde se encontró que a los 12 meses que se sentía respecto al programa de tratamiento en general y que calificaría entre buena y excelente la calidad de los servicios que recibió. Se siente poco satisfecho respecto a la parte de autocontrol de su programa pero con respecto a su terapeuta se siente satisfecho. Respecto a la utilidad de las lecturas, este las considera muy útiles, pero siente poco útiles las tareas que realizó. En general considera que las tareas eran fáciles pero que las formas de autorregistro le fueron poco útiles. Así mismo, considera que la lectura del Balance decisional le fue útil. El cliente se siente satisfecho con el clima del programa de tratamiento. Finalmente, la persona siente que el programa le ayudó en su problema de alcohol y que definitivamente lo recomendaría a algún amigo que necesita ayuda similar.

El cliente reportó que lo que más le gustó del programa fue la plática que tenía con la terapeuta porque "lo motivaba a no dejarse vencer por las recaídas". Por el contrario, la parte que menos le gustó del programa fue hacer las tareas escritas y el autorregistro.

Para el seguimiento de doce meses el cliente expresó que le gustaría tener un tratamiento de otra naturaleza, ya que manifestó algunos inconvenientes como tener que llenar papeles, así como leer porque son actividades que francamente no le gustan y más bien lo hacía para quedar bien. Piensa que las lecturas le parecen útiles pero no las tareas, las cuales tenían poca utilidad. Quizás esto significa que hubo una saturación de la técnica de lecto-escritura por parte del usuario y que habrá que pensar en otras alternativas o técnicas de tratamiento para personas como él en un futuro.

Así mismo, siente que el problema no fue superado tan rápidamente como él pensaba. Expresa que el tiempo del tratamiento con el programa de autocambio dirigido para bebedores problema, en todo caso debería ser más prolongado. Esto me remite a tener como pronóstico para este caso que el cliente necesita estar en un tratamiento continuo.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

El programa de autocambio dirigido le proporcionó al cliente un apoyo para el aprendizaje de estrategias para moderar su consumo de alcohol, sin embargo en este momento el cliente requiere de otra aproximación de tratamiento, por lo que se le sugirió al cliente buscar otra alternativa de tratamiento que se adecuara más a sus necesidades actuales.

Finalmente, se dejó la puerta abierta para que se comunicara cuando estuviera en riesgo.

Seguimiento del colateral a los 12 meses

Los lineamientos del programa de autocambio dirigido para bebedores problema señalan que el seguimiento del colateral debe ser realizado por parte de otro terapeuta del programa. Sin embargo el terapeuta a quien se le asignó este caso no buscó al colateral con la suficiente insistencia a pesar de mi petición como terapeuta.

Una vez más se insistió a los 12 meses hablar con el colateral y en esta ocasión sí se le contactó. Un compañero terapeuta le invitó a acudir a una cita para comentar algunos aspectos sobre el seguimiento del caso de su esposo y esto fue lo que se encontró:

La colateral reportó que no conocía el programa que su esposo inició hace un año. La colateral mencionó que su esposo tomaba hasta 6 copas en reuniones. Sin embargo ella se ha percatado que ha habido un cambio en él, ya que ahora va a reuniones y regresa temprano, es decir, ya no consume tanto como hace un año, a su parecer él controla más su forma de beber aunque no ha dejado de beber del todo. Al principio cuando este bebía ella era indiferente, sin embargo ahora cambió, ya que lo apoya y está dispuesta a asistir a una terapia de pareja si es necesario.

Finalmente, la colateral afirma que se siente tranquila porque ha visto que su esposo ha tenido un cambio favorable.

Pareciera que hay una contradicción ante lo que dice la colateral y el cliente, lo que nos lleva a la siguiente pregunta: ¿Cómo saber qué tan confiable es el colateral? ¿Qué tan pertinente es que la entrevista al colateral la realice otro terapeuta?. Lo que es seguro es que el entrevistador debería conocer la evolución del cliente para poder confrontar en todo caso.

Sería interesante crear mecanismos confiables para evaluar la intervención del colateral, a fin de tener un control en la participación del mismo y observar la conducta del cliente en relación con el colateral y la conducta problema (beber en exceso).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIÓN

Como se observó, el periodo de más alto riesgo de acuerdo con la evaluación llevada a cabo en la fase de postratamiento fue al año, el cual coincidió con un periodo de celebraciones nacionales importantes. Como consecuencia de estos eventos, el cliente tuvo problemas para controlar su consumo.

A pesar que el cliente tuvo poca disciplina para apegarse al programa de tratamiento a largo plazo, los beneficios del programa de autocambio dirigido se observan en la medida en que este manifestó la necesidad de buscar ayuda y comunicarse con la terapeuta a fin de revisar los problemas que se le presentaron en sus recaídas. Así mismo, el cliente pudo reducir su consumo y retomar su meta de moderación en el seguimiento al año.

Por otro lado, se observa que el programa de autocambio dirigido sólo puede incidir en el consumo de alcohol y llevar al cliente hacia su meta de tratamiento sólo si este adopta un papel activo en su recuperación y se mantiene motivado para continuar trabajando por sí mismo en un proceso de cambio que durará toda la vida.

A pesar de ser referido a terapia de pareja, dado que la terapeuta no está entrenada para llevar a cabo este tipo de tratamiento, el cliente ha hecho caso omiso de esta canalización.

Ante esta situación: ¿Qué nuevas propuestas sobrevienen para el programa? ¿Cómo poder verificar que estamos diagnosticando al candidato idóneo? ¿Cómo verificar si dijo la verdad?

Sería interesante que el programa de autocambio dirigido para bebedores problema considerara lo anteriormente descrito, en virtud de que sólo existen evaluaciones a los 6 meses. Lo encontrado en el análisis del presente caso lleva a enfatizar la importancia que otros terapeutas sigan realizando seguimientos a los 12 meses posteriores al tratamiento, ya que cuando se quiere promover un cambio, se necesita tener perseverancia ya que los grandes cambios no se dan de la noche a la mañana. Una herramienta fundamental para la promoción del cambio es la entrevista motivacional.

Mucho se ha discutido acerca de cuál es la mejor aproximación para el tratamiento de conductas adictivas así como el mantenimiento del cambio conductual. Probablemente no exista la panacea en relación con el tratamiento por excelencia, ya que el ser humano es un ser con características individuales que lo hacen único.

Esto representa un reto en la creación de nuevos modelos de tratamiento, que sean integrales y que incluyan varios aspectos del ser humano. Que se concilie la conducta observable y todo aquello no observable en el ser humano, tal como las emociones, los deseos, las motivaciones y el sentido de vida. El reto es integrar el conocimiento del ser humano y proporcionar al cliente las herramientas necesarias para que pueda llevar a cabo un proceso de cambio que conlleve a la adopción de nuevos patrones de conducta, lo que requiere tiempo y motivación por parte del individuo para lograr mantenerse en el cambio.

Se observó que el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema tiene los siguientes alcances y limitaciones mostradas a continuación:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla No. 9. Alcances y limitaciones del programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema

Alcances	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Es una buena opción de tratamiento de primera vez, en el primer nivel de atención. • Es de bajo costo. • Es mínimamente intrusivo. • Es breve. • Es efectivo para aplicarse en países en donde existen recursos limitados para el establecimiento de programas de atención especializada. • Es consistente con el mantenimiento o incremento de la auto-estima del individuo. • El tratamiento comprende técnicas de autocontrol. • Se dota al individuo de técnicas conductuales específicas como el entrenamiento en habilidades, el manejo de contingencias, la solución de problemas. • Se analizan las situaciones de riesgo y después se plantean opciones de solución para llevarlas a la práctica con los planes de acción correspondientes. • El programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema logra que el individuo tome la decisión personal de elegir la moderación o la abstinencia como meta de tratamiento. • Permite al individuo responsabilizarse de su problema de conducta así como de las consecuencias que tiene. • El tratamiento es individualizado a las situaciones personales del cliente. Se conocen las situaciones que lo precipitan a beber en exceso y a plantear estrategias realistas que estén al alcance del individuo. • Se parte de una visión optimista de la recuperación, una visión que prepara al individuo para que prevea los errores y los resbalones como una parte esperada del nuevo aprendizaje durante la fase de su mantenimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • El programa incluye el desarrollo de las habilidades mentales contenidas en el hemisferio izquierdo (verbalización y pensamiento lógico matemático), pero no considera en su totalidad el desarrollo de las habilidades mentales con sede en el hemisferio derecho (). • El programa sólo se centra en el problema de conducta que tiene el individuo: beber en exceso; esto deja de lado problemas de origen personal, familiar, de pareja, etc. • El programa no puede ser aplicado a personas que tienen daño orgánico como la enfermedad del hígado o la psicosis, como tampoco a aquellas que tienen enfermedades mentales. • El programa sólo puede ser comprendido por personas con un nivel de escolaridad medio, en el que además de saber leer y escribir realicen un ejercicio de análisis, síntesis y evaluación de las lecturas y tareas requeridas. Es difícil para algunos clientes llegar a tal nivel de pensamiento, por lo que algunos desertan. • El programa tendría que ser adaptado o replanteado para aplicarse en una comunidad rural, dadas las circunstancias idiosincrásicas propias de las culturas étnicas en México. • Existen bebedores problema que no responden bien a esta aproximación (Ayala y cols., 1998), por lo que una propuesta para someterse a prueba podría ser el empleo de reforzamientos periódicos.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

- El programa promueve el mantenimiento del cambio de conducta por periodos clinicamente significativos.
- El programa maneja un componente motivacional que promueve la complicitad y la adherencia al tratamiento del individuo.
- Prepara al individuo para enfrentar los eventos que ocurran en la fase de mantenimiento, a través de la planeación de acciones concretas.
- El individuo tiene la oportunidad de identificar el nivel de auto-eficacia o de confianza situacional ante su consumo.
- El individuo puede generalizar el aprendizaje llevado a cabo durante el programa hacia otras áreas de su vida.
- El individuo no crea una dependencia al tratamiento, ya que obtiene las herramientas para llevarlo a cabo por sí mismo.
- El programa podría insertarse dentro de un plan de trabajo comunitario como prevención selectiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. Conclusión general

Respecto al programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones puede decirse que se cumplieron los objetivos referentes a la adquisición de experiencia profesional durante el periodo de formación académica con la participación a seminarios y prácticas, lo que permitió desarrollar habilidades de análisis, de síntesis y de evaluación, fomentar un pensamiento crítico basado en la evidencia científica y en el rigor de la metodología para la obtención de los resultados que se requieren ante un problema de salud como lo son las adicciones.

Aprendí a conceptualizar las adicciones desde diferentes aproximaciones así como también me percaté de la complejidad del fenómeno. Observé la diferencia entre el manejo del abuso del alcohol y el manejo del abuso de otras drogas.

Con respecto a la parte de la Residencia llevada a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría tuve la oportunidad de aprender un abordaje psicosocial y epidemiológico y participé en el proceso de una investigación psicosocial con metodología cualitativa.

En el ámbito clínico, obtuve una nueva perspectiva de intervención para utilizarla en personas que abusan del alcohol mediante el Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema. Aprendí la diferencia que existe en el tratamiento de un alcohólico y de un bebedor problema. Como ya se mencionó previamente (ENA, 1998), en México existen más bebedores problema que alcohólicos y paradójicamente, los recursos que se destinan para la atención del alcohólico son mayores que los que se destinan para la atención del bebedor problema. De ahí la importancia de promover este tipo de programas a mayor población, incluyendo más zonas urbanas y rurales del país, desde la perspectiva de la psicología comunitaria. Fue así como aprendí a ingresar a una comunidad así como el abordaje de las adicciones en la misma.

Algunas reflexiones que obtuve al pensar en la relación entre el programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema y el Modelo de Empoderamiento y Movilización Comunitaria son:

- Invertir tiempo para conocer a la comunidad y su contexto. En algunos casos esta inversión en tiempo puede ser superior a lo esperado en un principio, pero vale la pena, ya que sin la confianza y el consentimiento de la gente de la comunidad no se puede lograr nada.
- Propiciar la participación y la cooperación entre los miembros de la comunidad.
- Estudiar el significado, las representaciones, la función y las creencias relativas al consumo de sustancias en la comunidad antes de iniciar la intervención, ya que lo que es un problema para el investigador puede no serlo para el sujeto en estudio.

Finalmente, puedo decir que el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones me proporcionó herramientas y técnicas de trabajo valiosas para ponerlas al servicio de mi comunidad y mi país.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Referencias

- Annis, H.M.E., Graham, J.M., Davis, C. S. (1987). *Inventory of drinking situations: User's Guide*. Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.
- Ayala, V. H., (1993a). El curso del alcoholismo: una visión psicológica. Trends and determinants of alcoholism: A Psychological Perspective. Ponencia Magistral VI Congreso Mexicano de Psicología Clínica, O. *Investigación Psicológica*. Vol. III, Número 1. UNAM, Facultad de Psicología.
- Ayala, V.H.E., Gutiérrez, L.M. (1993b). Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Vol. XXXIII, No. 1, 1993.
- Ayala, V.H., Cárdenas, L.G., Echeverría, S.L., Gutiérrez, L. M., (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, V.18, No.4, diciembre 1995.
- Ayala, V.H.E., Cárdenas, L.G. (1996). Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. *Psicología Iberoamericana*, Vol. 4, No. 2.
- Ayala, V.H.E., Cárdenas, L.G., Echeverría, S.L., Gutiérrez, L.M., (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Miguel Angel Porrúa, Facultad de Psicología UNAM: México.
- Ayala, V.H.E., Echeverría, S.L., Sobell, M.B., Sobell, L.C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, Vol. 6, No. 1, junio 1998, pp. 71 - 93.
- Ayala, V.H., Vázquez, P.F. (Comps.) (2001). *La formación profesional del psicólogo en el campo de la salud, la educación, los procesos sociales y las organizaciones. El internado en psicología general de la Facultad de Psicología de la UNAM*. UNAM: México.
- Bandura, A. (Ed.) (1999). *Autoeficacia: ¿Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual?*. España: Biblioteca de Psicología. Descleé de Brouwer.
- Bernuecos, L., Velasco, P. (1977). Patrones de ingestión de alcohol en una comunidad indígena de la sierra norte de Puebla, *Reportes Especiales*, CEMESAM, México.
- Castro, S.M.E. (1995). Modelo Preventivo de Riesgo Psicosocial en la Adolescencia: CHIMALLI. Consejo Nacional de Fomento Educativo. En: *Modelos Preventivos en el consumo de drogas. Centros de Integración Juvenil. Enlaces 38. Boletín de la Subdirección de Prevención. Año XI. Diciembre 1998*.
- Castro, S.M.E., Llanes, B.J. (1998). Construye tu vida sin adicciones. Reseña. En *Modelos Preventivos en el consumo de drogas. Centros de Integración Juvenil. Enlaces 38. Boletín de la Subdirección de Prevención. Año XI. Diciembre 1998*.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Chavis, D.M., Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18, 55 – 81.
- Chen, M.S. (1999). Informal care and the empowerment of minority communities: Comparisons between the USA and the UK. *Ethnicity and Health*, Aug 99, Vol. 4. *Suple 3*, p 139.
- CIJ (1991). *Consumo de drogas en el medio rural*. Estudio exploratorio. Centros de Integración Juvenil, México.
- CIJ (2002). EBCO. *El Consumo de Drogas en la Delegación Tlalpan. Análisis de Condiciones y Líneas de Acción*. Centros de Integración Juvenil. CIJ. Tlalpan. Informe de investigación 01-22.
- Davidson, R., Raistrick, D. (1986). The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: a short self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, (1996), Vol. 81., 217-222.
- De la Fuente, J. (1991), en Gálvez, X., (2002). Hacia una política social de salud sobre el consumo de alcohol en las comunidades indígenas. En *Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología*. Cuadernos FISAC. Febrero, 2002, Año 3, Vol. 1, Número 012. México.
- Declaración de Alma-Ata (1978). <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>
- Declaración de Ottawa (1986). <http://www.who/hpr/archive/docs/ottawa.html>
- Declaración de Adelaide (1988). <http://www.who.int/hpr/archive/docs/adelaide.html>
- Declaración de Sundsvall (1991). <http://www.who/hpr>
- Declaración de Yakarta (1997). <http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/english.html>
- Declaración de México (2000). <http://www.who.int/hpr/conference/mexico/mexico.html>
- Encuesta Nacional de Estudiantes (2000). *Encuestas de consumo de drogas en estudiantes. SEP-INPRF II*. ISBN – 968 – 7652 – 39 – x. Instituto Nacional de Psiquiatría, Secretaría de Educación Pública. México, D.F.
- Fawcett, S. B., Seekins, T., Whang, P.L., Muiu, C., Suárez- Balcázar, Y. (1982). Involving consumers in decision making. *Social Policy*, 13, 36-41.
- Fawcett, S.B., (1990). Some emerging standards for community research and action: Aid from a behavioral perspectiva. In P. Tolan, C., Keys, F., Chertok, & L.Jason (Eds.), *Researching community psychology adn population health reader: A state and community perspective* (pp. 75-93). New York: The New Press.

- Fawcett, S. B., Paine, A. L., Francisco, V. T., Vliet, M. (1993). Promoting Health Through Community Development. In D.S. Glenwick & L.A. Jason (Eds.) (1993). *Promoting Health and mental health in children, youth and families* (pp. 233-255). New York: Springer.
- Fawcett, S. B., Paine-Andrews, A., Francisco, V. T., Richter, K.P., Lewis, R.K., Williams, E.L., Harris, K. J., Winter-Green, K., (1994). *Preventing Adolescent Substance Abuse: An Action Planning Guide for Community-Based Initiatives*. Work Group on Health Promotion & Community Development. University of Kansas. In collaboration with Bradley, B. Project Freedom y Copple, J. Community Anti-Drug Coalitions of American (CADCA). October 1994 Edition.
- Fawcett, S., Paine-Andrews, A., Francisco, V.T., Schultz, J.A., Richter, R., Rhonda K. Lewis, Williams, E.L., Harris, K.J., Berkley, J.Y., Fisher, K.L., Lopez, C.M. (1995). Using Empowerment Theory in Collaborative Partnerships for Community Health and Development. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 23, No. 5. 1995, p.677-697.
- Fawcett, S.B.; Lewis, R.K.; Paine-Andrews, A.; Francisco, V.T.; Richter, K.P; Williams, E. & Copple, B.(1997). Evaluating community coalitions for the prevention of substance abuse: the case of Project Freedom. *Health Education and Behavior*. 24, 812-828.
- Fawcett, S.B. (2002). Encuesta de interés. <http://ctb.ukans.edu/>
- Francisco, V.T.; Fawcett, S.B.; Schultz, J.A. (2001). Using Internet-Based Resources to Build Community Capacity: The Community Tool Box (<http://ctb.ukans.edu/>). *American Journal of Community Psychology*, Vol. 29, No.2, 2001.
- Fromm, E., Maccoby (1973). En Natera. G. El consumo de alcohol en zonas rurales. *Revista de Estudios Sobre la Juventud*.
- Gálvez, X., (2002). Hacia una política social de salud sobre el consumo de alcohol en las comunidades indígenas. En *Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología. Cuadernos FISAC. Febrero, 2002, Año 3, Vol. 1, Número 012. México.*
- García, A.C. (2002). Retos en la medición del consumo de alcohol y daños asociados en una población ñañhú del Valle del Mezquital. En *Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología. Cuadernos FISAC. Febrero, 2002, Año 3, Vol. 1, Número 012. México.*
- García, Ch. R. (2001). *Teología de la Liberación y Comunidades Eclesiales de Base en la parroquia de San Pedro de Verona Mártir*. Tesis para obtener el grado de licenciado en Etnohistoria. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México, D.F.
- Glenn, R. (1977). En Hernández, S. R., Fernández, C.C., Baptista, L.P. (1998). *Metodología de la investigación*. Segunda edición. Interamericana: México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood. Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112: 64-105, 1992.
- Hernández, S. R., Fernández, C.C., Baptista, L.P. (1998). *Metodología de la investigación*. Segunda edición. Interamericana: México.
- Holder, H., Jan M. Howard. (1992). *Community Prevention Trials for Alcohol Problems. Methodological Issues*. Praeger Publishers, Westport Connecticut, EE.UU.
- INEGI (1995): <http://www.inegi.gob.mx>
- INEGI (2000). Sistema de Información Nacional y Censo Estadístico SCINCE 2000.
- Jiménez, S.K. (2001). Reporte de Experiencia Profesional. Programa de Maestría Profesional con Residencia en Adicciones. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Laverack, G., Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International* 6/24/01, Vol 16 (Number 2), p.179-185.
- Lobivond y Caddy (1970), en Ayala, V.H., Cárdenas, L.G., Echeverría, S.L., Gutiérrez, L. M., (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, V.18, No.4, diciembre 1995.
- Lomnitz, D. (1985). Alcohol y etnicidad en la Huasteca Potosina. Trabajo presentado en el XI Congreso Nacional "La Psiquiatría y Nuestro Tiempo", San Luis Potosí, México, 1985.
- Mariño, M.C., Romero, M., Medina-Mora, M.E. (2000). Juventud y adicciones. En Pérez, J.A. (Ed.), *Jóvenes: Una evaluación del conocimiento. La investigación sobre juventud en México 1986-1999. Tomo II*, pp. 305-401. México: Causa Joven.
- Mariatt, A. G., Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. The Guilford Press: USA.
- Mariatt, G.A. (1998). *Harm Reduction*. Pergamon Press:USA.
- Mariatt, A.G., Baer, J.S., Quigley, L.A. (1999) en Bandura, A. (ed.). (1999). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Desclée De Brouwer: Biblioteca de Psicología: Bilbao, España.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Martínez, C.E., (1979). *El alcoholismo en una comunidad indígena*. IV Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C., Morelia, 1979.
- Mathias, R. (2000). Putting Science-Based Drug Abuse Prevention Programs to Work in Communities. *NIDA Notes Research Findings, Vol. 14, No. 6 (Marzo, 2000)*.
- Medina-Mora, M.E., Tapia, C.R., Sepúlveda, Otero, Rascón, M.L., Solache, Lazcano, Villatoro, J., Mariño, M.C., López, (1989). Patrones de consumo de alcohol y síntomas de dependencia. *Revista Latinoamericana de Alcohol y Drogas. 1, 47-58*.
- Medina-Mora, M.E. (1999). Patrones de consumo de pulque en la zona centro del país. *El Pulque, la Cultura y la Salud. Cuadernos FISAC, Noviembre de 1999, Año 1, Número 2, pp. 21-28*.
- Medina-Mora, M.E. (2001). ¿Quiénes y cómo las consumen?. En: Quintanar B. (Ed.), *La drogadicción en México: Indiferencia o prevención*. Pp. 106 – 128. México: México Desconocido.
- Medina-Mora, M.E. (2001). Investigación sobre el consumo de alcohol: estimaciones basadas en el autorreporte y comparaciones internacionales. En *Estándares y equivalencias de las bebidas con alcohol. Prácticas de consumo e implicaciones para la salud pública*. Cuadernos FISAC, Noviembre, 2001 Año 2, Vol. 1 Número 011.
- Medina-Mora, M.E. (2002). La prevención de las adicciones en jóvenes. En Nateras, A. (Ed.), *Jóvenes, culturas e identidades urbanas*. Pp. 303- 326. México: UAM Iztapalapa, Porrúa.
- Medina-Mora, M.E., Natera, G., Borges, G. (2002). *Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas*. En: Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002. Secretaría de Salud. México.
- Medina-Mora, M.E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental. Vol. 24, No. 4. Agosto 2001*.
- Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Cravioto, P., Fleiz, C. (2002). ¿Cómo influye el conocimiento del riesgo en el uso de drogas?. *Conadic informa. Junio, 12-18*.
- Miller, 1978; Pattison, Sobell y Sobell, 1977; Sánchez Craig, Annis, Bomett y Mac Donald, 1984; Rychtarik, Foy, Scott, Lokey y Prue, 1987; Heather, Robertson, MacPherson, Allsop y Fulton, 1987; Alden, 1988. En Ayala, V.H., Cárdenas, L.G., Echeverría, S.L., Gutiérrez, L. M., (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental, V.18, No.4, diciembre 1995*.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. España: Paidós.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Miller, W. R., Leckman, A.L., Delaney, H.D., Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 53, No. 3, 1992.
- Miller, W.R. (2000). Rediscovering Fire: Small Interventions, Large Effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2000, Vol. 14, No. 1, 6 – 18.
- Morales, Ch.S., Ayala, V.H. (2000). Cuestionario de Formas de Consumo.
- Morales, Ch. S. (2002). *Reporte de Experiencia Profesional. Programa de Maestría Profesional con Residencia en Adicciones*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Natera, G. (1987). El consumo de alcohol en zonas rurales de México. *Salud Mental*, V. 10, No. 4, diciembre de 1987.
- Natera, G., Reconco, M., Almendares, R., Rosovsky, H., Almendares, J. Comparación transcultural de las costumbres y actitudes asociadas al uso del alcohol en dos zonas rurales de Honduras y México. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*. 29: 116-127, 1983.
- NIAAA (2000). Latest Approaches to Preventing Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Research and Health*. Vol. 24, No. 1, 2000.
- NIDA NOTES, Vol 16, Núm 6. 2002. <http://www.drugabuse.gov/NIDA/Notes/NNVol.16N6/DirRepVol16N6.html> 9dic 2002.
- NIDA NOTES. Putting Science-Based Drug Abuse Prevention Programs to Work in Communities. Mathias, R. Research Findings. Volume 14, Number 6 (March, 2000).
- Nutbeam, (1996). En *Promoción de la Salud, una antología*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 557. EUA: Washington.
- Organización Panamericana de la Salud (1996). Publicación Científica No.557. Promoción de la Salud, una antología. EUA, Washington.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2000). World Health Organization (2000). *Internacional Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Department of Mental Health and Substance Dependence. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2001). World Health Organization (2001). *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope*.
- Polakoff, L. K., Vargas, G. L. A. (2002). Del trago a la tragedia. Consecuencias del consumo de alcohol en San Juan Chamula, Chiapas. En: *Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología*. Cuadernos FISAC. Febrero, 2002, Año 3, Vol. 1. Número 012. México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Price, R.H. (1983). The education of a prevention psychologist. In: Felner, R.D., Jason, L.A., Moritsugu, J.J., Farber, S.S. (Eds.). *Preventive Psychology: Theory, research and practice*, pp. 290-296. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 16, 121-144.
- Rojas, G.F. (1942). Estudio Histórico-Etnográfico del Alcoholismo entre los Indios de México. *Revista Mexicana de Sociología*, 4:111-120, 1942.
- Rosovsky, T.H., Millé, C. (en prensa). *Promoción de la salud mental: un enfoque basado en la evidencia*.
- Ruiz, T.G.M. (2003). Reporte de Experiencia Profesional. Programa de Maestría Profesional con Residencia en Adicciones. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Saegert, S., Winkel, G. (1996). Paths to community empowerment: organizing at home. *American Journal of Community Psychology*, 24 (4), 517- 550.
- Salazar, G.L. (2003). Reporte de Experiencia Profesional. Programa de Maestría Profesional con Residencia en Adicciones. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología.
- Sallis, J.F., Owen, N., Fotheringham, M.J. (2000). Behavioral epidemiology: a systematic framework to classify phases of research on health promotion and disease prevention. *Behavioral Epidemiology*, Vol. 22, Num. 4, 2000.
- SAMHSA (1997). *Manual para la Comunidad Hispano/Latina. Organizando la Comunidad Hispano/Latina para la Prevención de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilícitas*. US Department of Health and Human Services. CSAP Center for Substance Abuse Prevention.
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Principles of Substance Abuse Prevention. Guide to Science-Based Practices*. (2001). Center for Substance Abuse Prevention. Department of Health and Human Services.
- Sánchez-Craig, M. (1993). *Saying when. How to quit drinking or cut down. An ARF Self-Help Book*. Addiction Research Foundation: Canada.
- Secretaría de Salud (2001). *Programa de Acción: Adicciones. Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas*.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción: Adicciones. Tabaquismo*. SSA: México.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Encuesta Nacional de Adicciones (1998)*.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Encuesta Nacional de Adicciones (1993)*.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Encuesta Nacional de Adicciones (1988)*.
- Sobell, M., A., Sobell, L. C. (1993). Timeline followback: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En: Allen, J. Litten, R.Z. (Eds.) *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*. New Jersey: Human Press.
- Sobell, M.B. (2001). A public health approach to the treatment of alcohol problems: Issues and Implications. En: Ayala, V.H., Echeverría, S.V.L. (comps.) (2001). *Tratamiento de Conductas Adictivas*. UNAM.
- Stephen, E.G.; Lea, R.M.; Tary, P.W. (1987). *The individual in the Economy. A survey of Economic Psychology*. Cambridge University Press, USA: NY.
- Stokols, D. (1992). Establishing and Maintaining Healthy Environments. Toward a Social Ecology of Health Promotion. *American Psychologist, January 1992, Vol. 4, No. 1, pp. 6-22*
- Tapia, C. R., Medina-Mora, I. M. E., Cravioto, Q. P., (2001). Epidemiología del consumo de alcohol. En *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. Segunda edición. Manual Moderno: México.
- Tapia, C.R. (1988). *Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas*. Editorial Manual Moderno. México.
- Tapia, C.R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. Segunda edición. Manual Moderno: México.
- Vázquez, P.F. (1988). La aproximación económica a la conducta humana. Programa de Publicaciones de Material Didáctico, 2o. semestre, Facultad de Psicología, UNAM: México.
- Velasco, F.R. (1997). *Las adicciones. Manual para maestros y padres*. Trillas, México.
- Velasco, F.R. (2001). Detección temprana del bebedor problema. En: Tapia, C.R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. Segunda edición. Manual Moderno: México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Zimmerman, 1990; Zimmerman & Rappaport, 1988; Chavis & Wandersman, 1990; Fawcett, Seekins, Whang, Muiu & Suárez-Balcázar, 1982, en Zimmerman, M.A. (1995). *American Journal of Community Psychology*, Vol. 23, No. 5, 1995.

Zimmerman, Marc A., (1995). Teoría del empoderamiento, investigación y aplicación. *American Journal of Community Psychology*.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Anexo 1

Prevención

Mucho se habla de la importancia que tiene prevenir conductas adictivas para lograr una mejor adaptación a las condiciones ambientales. Por tanto, en el presente anexo se incluye una revisión de diversos esfuerzos realizados en materia de prevención. En seguida se describen algunas de las principales perspectivas en investigación preventiva con las que se trabaja en la actualidad.

Se dice que *"la prevención es el mejor tratamiento"*, ya que cualquiera que pueda ser influido para evitar el abuso de drogas es protegido de los efectos dañinos en la salud y en el aspecto social como los problemas familiares y la pérdida de trabajo, la confusión y la desesperanza, el difícil trago del tratamiento y para muchos las secuelas de la adicción y el retroceso implicado después de la recaída.

Para la sociedad, los daños se manifiestan en las muertes prematuras, la pérdida de la capacidad para un trabajo productivo y el crimen.

Los términos *prevención de la enfermedad* y *protección de la salud* han sido utilizados para describir varias estrategias médicas y de salud pública destinadas a prevenir una variedad de enfermedades físicas y mentales (por ejemplo, la inoculación contra enfermedades infecciosas, las mejoras en los servicios sanitarios de la comunidad, reducción de los accidentes en los lugares de trabajo, la regulación gubernamental en la comida y la seguridad acerca de las drogas). El concepto de *promoción de la salud*, sin embargo, difiere de la orientación de la prevención de enfermedad en que otorga mayor énfasis en el papel de los individuos, los grupos y las organizaciones como agentes activos que moldean las prácticas de salud y las políticas para optimizar ambos, tanto el bienestar individual como el bienestar colectivo.

Uno de los principales problemas en el campo de la prevención es saber en qué grado los programas deberían ser elaborados específicamente para los grupos blanco de riesgo o expandirse a todos los grupos sin diferenciación alguna. La investigación al respecto ha demostrado que existen trayectorias similares en el desarrollo de problemas de conducta que conllevan al uso de drogas y a la delincuencia en la adolescencia. Por esto, se observa la necesidad de proveer atención a los grupos de riesgo a través de programas de prevención universal, selectiva e indicada.

Se ha observado que las conductas antisociales en la infancia o los desórdenes de conducta como la ira, la rebeldía, la ansiedad y la timidez, son predictores de la delincuencia así como del uso y abuso de sustancias en la adolescencia. La agresión en la niñez temprana recientemente ha llegado a ser un foco principal para la investigación en prevención porque es un marcador del desarrollo para una variedad de conductas negativas en la adolescencia incluyendo la delincuencia y el uso de sustancias. Los niños agresivos no mejoran sin algún tipo de intervención temprana. Si no se provee de algún tipo de intervención preventiva, la externalización de conductas se deteriora en tanto crecen, llevando consigo al uso de sustancias.

Los expertos en prevención redefinieron las aproximaciones preventivas basadas en los grupos para los cuales fueron designadas y concluyeron que existen tres tipos distintos de aproximaciones preventivas:

1. Las estrategias de prevención universal diseñadas para prevenir los precursores del uso de drogas o la iniciación en el uso en población general, tales como todos los estudiantes en una escuela.
2. Las estrategias de prevención selectiva diseñadas para grupos blanco o subgrupos de la población general, tales como los hijos de los usuarios de drogas o las personas de baja escolaridad.
3. Las estrategias de prevención indicada, creadas para participantes quienes ya manifiestan una iniciación en el uso de drogas o son precursores en el abuso de drogas tales como los desórdenes de conducta, buscadores de pleitos, agresión y delincuencia.

Los programas de prevención universal incluyen estrategias diseñadas para ser aplicadas universalmente a poblaciones en general de jóvenes y familias. Los programas de prevención universal pueden ser proporcionados por los grupos o autoridades comunitarias, iglesias, escuelas y agencias públicas y privadas. Las campañas en los medios y la educación pública son utilizadas para informar a la gente acerca de los programas. Si los programas de prevención universal se aplican en escuelas, estos deben ser proporcionados a todos los estudiantes de los grados para los cuales fueron pensados dichos programas. Estos programas generalmente son más cortos y menos intensivos que los programas que siguen estrategias selectivas e indicadas. El personal de la escuela no recibe el entrenamiento suficiente porque estas aproximaciones a menudo son apoyadas por materiales de video y material altamente estructurado. En las escuelas, pueden ser proporcionados por los maestros o incluso personal especializado para dar el programa en el salón de clases.

Las intervenciones en la prevención del abuso de drogas están clasificadas principalmente en dos grupos. Uno está diseñado para reducir los factores de riesgo asociados con la alta probabilidad del abuso de drogas e incrementar los factores protectores asociados con una menor probabilidad de abuso de drogas. Cuando es implementado en conformidad con los principios preventivos, esta estrategia puede aplicarse a la mayoría de las poblaciones. Los investigadores continúan aprendiendo acerca de cómo se relacionan los factores de riesgo y los factores protectores. Sin embargo existen limitaciones en la estrategia de los factores de riesgo y factores protectores. Una característica que limita su impacto, por ejemplo, es la naturaleza de los factores por sí mismos, ya que estos tienden a ser características o experiencias de una persona, una familia o una comunidad. Algunos están escondidos, tales como la violencia sexual, otros son prominentes en la sociedad tales como la depresión adolescente o el acceso a las drogas. Como resultado de esto, los factores de riesgo tradicionales pueden ser modificados generalmente solo con intervenciones relativamente amplias y a largo plazo. Ciertos factores quizás no sean susceptibles de modificación, tales como una predisposición genética a la toma de riesgo.

Los factores de riesgo tradicionales pertenecen a una vulnerabilidad del individuo hacia las drogas de abuso en lugar de una elección hacia las drogas. Por tanto, es tan importante cuidar la vulnerabilidad por un lado como también dicha vulnerabilidad puede llevar al individuo a optar por el uso de drogas.

El segundo grupo importante de intervenciones preventivas complementa y extiende la estrategia de los factores de riesgo y los factores protectores al enfocarse en la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

dinámica de situaciones, creencias, motivos, razonamiento y reacciones involucradas en la elección del abuso o del no abuso de drogas. Algunas aplicaciones importantes de esta estrategia incluyen una educación normativa para refutar la creencia común de que "todos usan drogas" y equipar a la gente joven con habilidades para rehusar las ofertas de droga sin sentir que están perdiendo. Esta estrategia parece ser prometedora y hoy probablemente ofrece los mejores prospectos para un desarrollo rápido en lo referente a una prevención más efectiva. Algunos de los aspectos que aún quedan por investigar son ¿Qué expectativas tiene el individuo hacia las drogas?, ¿Cómo afectan los medios de comunicación y la publicidad en la toma de decisión hacia el uso de drogas? ¿Cuál es el papel de la curiosidad y la impulsividad en tales decisiones? ¿Qué procesos lógicos sigue la gente típicamente cuando decide usar o no usar drogas?

Quizás las estrategias de prevención tendrían que incluir entre sus esfuerzos el hecho de incrementar la comprensión de los procesos de la toma de decisión del individuo así como la habilidad para ayudar a la toma de decisión óptima.

El modelo de riesgo protección

Una aproximación dentro de la prevención de problemas de salud es el *modelo de riesgo protección*. Este se refiere a las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas y reforzar los factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. Es así como la prevención de la enfermedad puede incluir también actividades o estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad, una vez establecida. En este caso se hace una distinción entre prevención primaria y prevención secundaria. La prevención primaria pretende prevenir la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria pretende detener o retardar una enfermedad ya existente, mediante la detención precoz y el tratamiento adecuado; o reducir la frecuencia de las recaídas y el establecimiento de condiciones crónicas, por ejemplo, mediante medidas de rehabilitación.

Por otro lado, se habla de dos ideas en prevención: la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. La prevención de la enfermedad es fundamentalmente una actividad del campo médico destinada a los individuos o los grupos de riesgo. Su objetivo es mantener el estado de salud. No conlleva una visión positiva de hacer progresar el estado de salud, sino que lo que pretende es mantener el status quo. En cambio, el punto de partida de la promoción de la salud es el conjunto de la población en el ámbito de su vida diaria y no grupos o individuos determinados. Su meta es potenciar al máximo la salud. En este contexto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden considerar como dos actividades distintas, pero complementarias que se superponen en una serie de situaciones y circunstancias (Nutbeam, 1996).

Entre los modelos emergentes y las aproximaciones que han sido utilizadas en el ámbito de la prevención del abuso de sustancias, han sobresalido dos en particular: *el modelo de factores de riesgo y de protección* de Hawkins y Catalano (1992) y *el modelo de influencia social* (Evans 1976; Evans et al. 1978, citado en Hawkins et al., op cit.).

A continuación se abordará el modelo de factores de riesgo y protección de Hawkins y Catalano (op cit.).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se ha observado que las intervenciones preventivas exitosas están basadas en el modelo de factores de riesgo y factores protectores (NIDA, 2002). De acuerdo con Catalano et al. (1999), un tema fundamental en el diseño en prevención es determinar el objetivo adecuado para una intervención así como el costo efectividad que de él pueda obtenerse. Dadas las limitaciones en los recursos, debe pensarse lo siguiente:

¿Qué tan ampliamente o estrechamente puede ser diseminado un programa particular?
¿Para quién sería más efectiva la aplicación de una intervención particular en la reducción de riesgos y el incremento de factores protectores?

Es así como la perspectiva de riesgo protección tiene como objetivo reforzar los factores protectores y reducir los factores de riesgo que pueden estar relacionados con el uso y abuso de sustancias. Bajo esta perspectiva, no existen variables aisladas o genéricas que expliquen el abuso de sustancias en el individuo. Dependiendo del bagaje biológico individual, de la etapa de desarrollo y de la interacción con varias fuerzas ambientales, el riesgo individual, la vulnerabilidad y la resiliencia al abuso de la sustancia y la adicción variarán de acuerdo a diferentes factores y a diferentes tiempos.

Más recientemente se ha dado importancia a la identificación de factores que conllevan al uso de drogas y alcohol, específicamente entre los adolescentes y adultos jóvenes. Los factores de riesgo para el abuso de sustancias han sido identificados como aquellas características cognoscitivas, psicológicas, sociales, farmacológicas, fisiológicas y del desarrollo que alientan el inicio del uso y abuso de alcohol y drogas por un individuo.

Existe un consenso en el campo de la investigación sobre los factores de riesgo que probablemente distinga grupos de factores de riesgo que afectan a los individuos de forma diferente. Los factores sociales, situacionales y ambientales son probablemente aquellos que ejercen más influencia en el nivel de inicio del uso de la sustancia, mientras que los individuos que progresan de un uso a un abuso o adicción están influidos en un mayor nivel por factores biológicos, psicológicos y psiquiátricos.

Los factores protectores son aquellas características que reducen el riesgo del abuso de una sustancia y su consecuente adicción y promueven un desarrollo positivo, tal como la exposición a modelos apropiados, participación en grupos de pares positivos y una imagen de sí mismo positiva con visión hacia el futuro.

Por otra parte, con la finalidad de proporcionar sistematización y coherencia a las acciones preventivas, se desarrolló un sistema de clasificación para la diseminación de programas de intervención. En este sistema, la prevención fue dividida en prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada, que va de las poblaciones amplias a las poblaciones objetivo, respectivamente. Se propuso que la adecuación de una intervención depende de la prevalencia del problema a tratar, la aceptabilidad y la seguridad del programa así como el costo del programa.

Dada la alta prevalencia del uso de sustancias en los jóvenes, ahora son deseables las intervenciones universales que pueden ser implementadas con gran aceptabilidad y eficiencia. Las intervenciones preventivas universales son aquellas que se enfocan al público en general o a un grupo de población entero que no ha sido identificado sobre la base de riesgo individual, en donde la intervención es deseable para cada miembro del grupo. Por ejemplo, los programas que benefician al público en general o a subpoblaciones específicas no identificadas en la base de riesgo, tales como los residentes de una ciudad o de un barrio, las mujeres, los niños o las personas mayores, son

universales. Los beneficios pesan más que los costos en los programas efectivos de prevención universal. Las vacunas, el cuidado prenatal, el uso de cinturones de seguridad y la prevención del tabaquismo, son ejemplos de intervenciones universales.

Los principios para la prevención del abuso de sustancias son elementos que las intervenciones efectivas tienen en común y que han sido identificados a través de la evaluación. Algunos de los principios propuestos por la Administración de Servicios para el Abuso de Sustancias y la Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, 2001) proponen la elaboración de acciones preventivas de acuerdo a varios campos de acción o dominios específicos que son: el dominio individual, el dominio familiar, el dominio de los pares, el dominio escolar, el dominio comunitario, y el dominio social ambiental.

El *dominio individual*, consiste en la construcción de habilidades sociales y personales, el diseño de intervenciones culturalmente sensibles, observar las consecuencias inmediatas, combinar la información para la diseminación y las campañas en los medios como parte de la intervención, proporcionar alternativas positivas a los jóvenes que viven en ambientes de alto riesgo, desarrollar habilidades personales y sociales en una forma más natural y efectiva, reconocer las relaciones existentes entre el uso de la sustancia y otros problemas de salud, incorporar la identificación de problemas y la referencia a programas de intervención, proporcionar transporte para acudir a los programas preventivos y de tratamiento.

El *dominio familiar* deberá ocuparse de la familia entera, ayudar a desarrollar lazos entre los padres de familia en los programas, proporcionar comidas, transporte, pequeños regalos, patrocinar salidas familiares y asegurar la sensibilidad cultural.

El *dominio de los pares*, busca la estructuración de actividades alternativas así como la supervisión alternativa de eventos, incorporar oportunidades para la construcción de habilidades sociales y personales, el diseño de programas alternativos que incluyan varias aproximaciones así como tiempo para llevar a cabo el compromiso, la comunicación de normas de grupo contra el uso de alcohol y drogas ilícitas, la participación de los jóvenes en el desarrollo de programas alternativos, la participación de los jóvenes para dirigir los componentes de las intervenciones, observar los efectos de las conductas desviadas al crear un ambiente en donde los jóvenes interactúen con otros jóvenes no problemáticos.

El *dominio escolar*, tiene que ver con la evitación de intervenciones aisladas diseñadas a proporcionar información sobre las consecuencias negativas, corregir los conceptos erróneos acerca de la prevalencia de uso junto con otras aproximaciones educativas, incluir a los jóvenes en la participación en intervenciones con componentes dirigidos por los jóvenes mismos, dar a los estudiantes la oportunidad para practicar las habilidades adquiridas a través de aproximaciones interactivas, ayudar a que los jóvenes mantengan las habilidades aprendidas, propiciar la participación de los padres en las actividades escolares, comunicar un compromiso para la prevención del abuso de sustancias en las políticas escolares.

El *dominio comunitario* se refiere al desarrollo integrado y comprensivo de estrategias de prevención en lugar de llevar a cabo eventos aislados a la vez basados en la comunidad, el control del ambiente alrededor de las escuelas y otras áreas de reunión de los jóvenes, proporcionar un tiempo estructurado con los adultos a través de

mentores, incrementar actitudes positivas a través del servicio comunitario, alcanzar mayores resultados con mentores altamente involucrados, poner énfasis en el uso y abuso de sustancias de los empleados, comunicar una política clara acerca del abuso de sustancias, incluir a representantes de cada organización que cumplan un papel importante en la coalición para lograr los objetivos, retener la coalición de miembros activos al proveen recompensas significativas, definir metas específicas y asignar responsabilidades específicas a alcanzar por parte de los subcomités y otras fuerzas, asegurar la planeación y el entendimiento claro para la efectividad de la coalición, establecer objetivos basados en los resultados, apoyar las actividades preventivas, organizar a los vecinos, evaluar el progreso desde una perspectiva de resultados y hacer ajustes al plan de acción para alcanzar las metas, involucrar al personal de la coalición como proveedores de recursos y facilitadores en lugar de verlos como organizadores directos de la comunidad.

El *dominio social ambiental*, tiene que ver con el desarrollo de la información de la comunidad a través de los medios masivos de comunicación apropiadamente, el establecimiento de objetivos para cada mensaje enviado, evitar el uso de figuras de autoridad, transmitir los mensajes frecuentemente a lo largo de un periodo de tiempo, transmitir los mensajes a través de múltiples canales cuando sea probable que la audiencia objetivo esté escuchando o viendo los medios, diseminar información acerca de los riesgos de un producto, promover la diseminación a varios niveles, promover las restricciones del uso de tabaco en lugares públicos y lugares de trabajo privados, combinar el entrenamiento de los empleados de expendios de bebidas con el refuerzo de la ley, incrementar la autoridad legal de los servidores de bebidas alcohólicas, incrementar el precio del alcohol y el tabaco a través de los impuestos, incrementar la edad mínima para beber alcohol hasta los 21 años, limitar la venta de bebidas alcohólicas, emplear estrategias antidroga en los vecindarios, reforzar las leyes de venta a menores, utilizar grupos comunitarios para proporcionar retroalimentación positiva y negativa a los comerciantes, implementar leyes de uso y pérdida, reforzar leyes para los conductores que manejen bajo efectos de sustancias, combinar puntos de chequeo con alcoholosensores, retirar licencias de conducir a los conductores que manejen en mal estado, inmovilizar los vehículos de aquellos convictos por manejar en estado de ebriedad, establecer políticas para los menores de edad que manejen en estado de ebriedad.

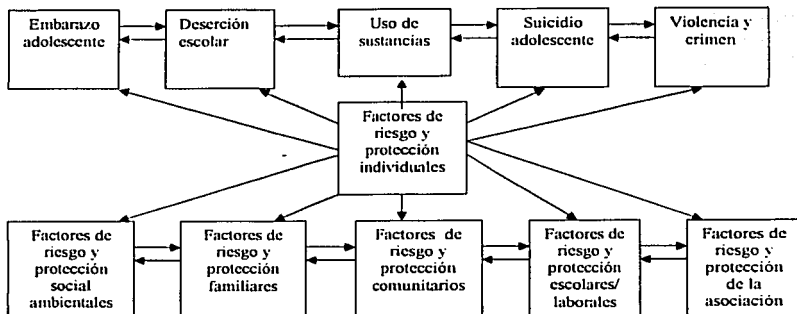
El papel de los dominios. El abuso de sustancias es un problema complejo que se desarrolla como respuesta a múltiples influencias. Estas esferas de actividad, típicamente llamadas dominios- incluyen al individuo, la familia, los compañeros, la escuela, la comunidad y el ambiente social. Las características y condiciones que existen dentro de cada dominio de actividad, también funcionan como factores de riesgo o factores protectores que ayudan a los individuos contra el abuso de sustancias. Cada uno de estos dominios presenta una oportunidad para la acción preventiva. La investigación indica que como individuos desarrollamos interacciones dentro y entre los dominios de actividad y que estos cambian a través del tiempo. El modelo de red de influencia (fig.1) ilustra que estas relaciones son dinámicas y complicadas que pueden resultar no sólo en abuso de sustancias sin o también en otros comportamientos tales como crímenes, violencia y suicidio.

Es por eso que los factores de riesgo y protectores son un concepto importante como lo señalan autores como Bry, 1983; Hansen, 1997; Hawkins, Catalano & Millar, 1992; Newcomb & Felix-Ortiz, 1992; Reynolds, Stewart & Fisher, 1997.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por tanto, en el modelo de red de influencia, los factores de riesgo y los factores protectores funcionan como un modelo interactivo. Un factor de riesgo como lo es la delincuencia, por ejemplo, puede también llegar a ser un resultado si una intervención preventiva destinada a cambiar el desarrollo de tal conducta falla en alcanzar su objetivo. De la misma forma, si una intervención tiene éxito en reforzar un factor protector como los lazos familiares, estos pueden ser un resultado positivo.

Figura 1. Red de Influencia



Fuente: Principios de prevención del abuso de sustancias (SAMHSA, 2001)

En la prevención del abuso de sustancias, se han definido seis estrategias para reducir el impacto de los factores de riesgo, de acuerdo con la legislación de los Estados Unidos:

Información a través de la diseminación para incrementar el conocimiento y el cambio de actitudes acerca del uso de sustancias y el abuso a través de actividades como debates en el salón de clase y campañas en los medios.

Prevención educativa para enseñar a los participantes habilidades sociales importantes tales como la resistencia a la droga y la toma de decisiones.

Alternativas para ofrecer oportunidades para la participación en actividades libres de drogas apropiadas y para eliminar la participación en actividades relacionadas con el uso de drogas.

La identificación de problemas y la referencia de individuos que consuman sustancias hacia la evaluación y el tratamiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Procesos basados en la comunidad para extender los recursos comunitarios dedicados a la prevención del uso de sustancias y el abuso a través de actividades tales como la construcción de coaliciones comunitarias.

Aproximaciones ambientales para promover cambios en las políticas para reducir los factores de riesgo o incrementar los factores protectores tales como el refuerzo de la ley, la venta legal a los mayores de edad.

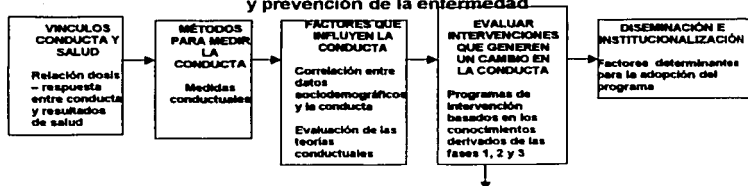
A partir de la revisión de las propuestas mundiales para el trabajo preventivo en el área de la salud, se retoma el concepto de empoderamiento como eje para el modelo de int

A continuación se describen en la figura No. 2 las fases de la investigación en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de acuerdo con Sallis, Owen y Fotheringham (2000). Los autores proponen el seguimiento de varias fases en la investigación a fin de dirigirse hacia la consecución de intervenciones basadas en la evidencia empírica que sean dirigidas a las poblaciones específicas que así lo requieren.

Una primera fase consiste en el establecimiento de vínculos entre conducta y salud. La segunda fase sería el desarrollar métodos para medir la conducta en donde posteriormente en la tercera fase se identifican los factores que ejercen influencia en la conducta. La cuarta fase consiste en evaluar las intervenciones realizadas para el cambio conductual y la última fase se refiere a la traducción de la investigación a la práctica, en donde los hallazgos sean aplicados a los lugares de trabajo, las escuelas, los centros de atención a la salud a fin de construir mejores ambientes comunitarios e impactar en la salud de la población.

Uno de los objetivos de todo esfuerzo en promoción de salud sería hacer conciencia en la población acerca de las ventajas que tiene la prevención y la detección temprana de riesgos en comparación con tratamientos largos y costosos. Así mismo, la gente tendría que hacer propias las iniciativas encontradas en la evidencia científica y por ende modificar sus comportamientos hacia otros más saludables y que le reporten mayor bienestar individual, familiar y social.

Figura No. 2
Epidemiología conductual: Fases de la investigación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad



Espectro de Intervención en Salud Mental



Academia Nacional de Ciencias, 1984.

De acuerdo con Holder y Howard (1992), la investigación en prevención en el área de la salud es dirigida al menos hacia tres aspectos:

- evaluar estrategias con potencial para la reducción de la morbilidad, mortalidad y el sufrimiento humano;
- determinar si cada estrategia es efectiva y
- explicar por qué la intervención tuvo o no tuvo éxito en alcanzar los resultados deseados.

Después que una intervención prueba ser efectiva en la población objetivo definida, la fase final de investigación se refiere al acercamiento a misma por medio de la transferencia de tecnología a través de estudios que evalúen si las estrategias que han probado efectividad en una situación tienen los mismos o similares resultados en otros contextos. Estos estudios son frecuentemente llamados proyectos de demostración, en donde "la demostración" connota algún grado de incertidumbre hacia el resultado particularmente desde la perspectiva de salud pública. Siempre existe más que puede ser aprendido acerca de la aceptación de una intervención, así como los modos de envío, los beneficios y los costos y los efectos en los subgrupos de la población definida. Más aún, las consecuencias no anticipadas de la intervención (positivas y negativas) tal vez no sean apreciadas hasta que el número o variedad de personas expuestas a este se expanda ampliamente. Ciertos diseños podrían permitir una sinergia (interactiva) así como efectos aditivos de múltiples intervenciones para ser reconocidas (Nacional Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism & Office for Substance Abuse Prevention, 1990, en Holder, op cit.).

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Intervenciones comunitarias

Dentro de las recomendaciones que hace la Organización Mundial de la Salud (2001) a los países para mejorar la calidad de la salud mental se resaltan las siguientes:

Proporcionar diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención o atención primaria, dentro de la que se encuentra el área de prevención; Proporcionar dicha atención en la comunidad a fin de evitar que la gente se desplace a los hospitales e instituciones de salud, limitar el estigma de recibir tratamiento y conducirlo a una intervención temprana, costo efectiva; involucrar la participación de las comunidades, las familiar y los consumidores en la planeación y el desarrollo de políticas, programas y servicios de salud a fin de confeccionarlos a la medida de las necesidades de la población hacia la que van dirigidas; monitorear la salud mental de la comunidad es necesario para evaluar las necesidades y la efectividad de los tratamientos que están siendo aplicados.

La mayoría de los programas de promoción de salud implementados en ambientes corporativos y comunitarios se han enfocado en los individuos en lugar de los ambientes. Esto es, han sido diseñados para modificar los hábitos de salud de los individuos así como sus estilos de vida (por ejemplo, el ejercicio y los regímenes de dieta) en lugar de proporcionar recursos ambientales e intervenciones que promuevan una mejoría en el bienestar entre los ocupantes del área (por ej. , mejoras en la instalación de los sistemas de ventilación o para mejorar la calidad del aire interior, el diseño de las escaleras para reducir caídas y daños y la provisión de facilidades de ejercicio físico en los lugares de trabajo). Mucha investigación reciente sugiere que el valor potencial de las intervenciones ambientales como algo adjunto en los programas de promoción de la salud conductualmente orientados (Green & Kreuter, 1990).

La investigación en promoción de la salud ha enfatizado estrategias de cambio conductual en lugar de intervenciones enfocadas en el ambiente. Son sustanciales las ventajas de integrar la modificación del estilo de vida, el control del daño y las estrategias de mejoría ambiental de la promoción de salud. Stokols (1992) ofrece un análisis social ecológico de ambientes promotores de salud, enfatizando las transacciones entre la conducta individual y colectiva. También se examinan las fuentes de salud así como los impedimentos o restricciones que existen en ambientes específicos.

Más recientemente, se ha hecho énfasis en la prevención de problemas de salud a nivel comunitario, como se denota en el siguiente párrafo:

"Una tendencia reciente e importante de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades es el número y magnitud creciente de las intervenciones basadas en la comunidad. Estos programas pretenden abarcar poblaciones enteras, en general definidas geográficamente o intentan modificar los comportamientos relacionados con la salud y el riesgo de enfermedad mediante campañas en medios de comunicación, activación de las organizaciones existentes en la comunidad o cambios del entorno físico o sociocultural." (Koeppell et al, en OPS, 1996, pp. 209).

En el ámbito de la prevención de adicciones, los programas que más acierto han tenido en el campo de los problemas del abuso de drogas son aquellos que están diseñados

para la comunidad, que son exhaustivos y que se manejan por sí mismos y tratan de llegar a todos los sectores de una comunidad. Un programa de prevención que tiene éxito, no sólo deberá tomar en cuenta las normas y valores de una sociedad, sino también las políticas nacionales, las leyes estatales y locales, las prácticas en la aplicación de las leyes, las políticas escolares, el trabajo de los profesionales en salud, los mensajes emitidos por los medios de comunicación social, las actividades de los grupos comunitarios y las creencias, actitudes y comportamientos de los niños, adolescentes y padres de familia.

Partiendo de la idea que sostiene que cada comunidad tiene diversas necesidades y fortalezas, es necesario que toda la comunidad se involucre, a fin de crear esfuerzos preventivos que funcionen y que sean de largo alcance. La experiencia ha demostrado que los esfuerzos en materia de prevención que más éxito han tenido son aquellos que permiten a la comunidad resolver sus propios problemas. Los individuos, las instituciones y las comunidades tendrían que romper con la dependencia de los profesionales externos a la comunidad, cuyo resultado hará que la comunidad tome nuevamente su condición original.

Se ha demostrado que para prevenir el consumo de sustancias deben tomarse en cuenta dos aspectos principalmente: 1) identificar los factores que aumentan el riesgo de desarrollar el problema y 2) desarrollar métodos para disminuir el impacto de esos factores. En el ámbito comunitario es prioritario identificar los factores relacionados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, a fin de incrementar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo (SAMHSA, 1997).

Como disciplina académica, la psicología comunitaria ha ganado un lugar debido a su contribución conceptual y metodológica. Aunque en los últimos años se ha incrementado el conocimiento acerca de las consecuencias del uso de sustancias, pocos son los programas que han demostrado tener un impacto efectivo en la conducta del uso de drogas, ya que los esfuerzos en prevención se han basado más en la intuición que en la teoría y en la ciencia. Sin embargo, el campo de la prevención del abuso de drogas ha madurado y se ha retomado la importancia de la evidencia empírica para el estudio de las causas del abuso de drogas.

A fin de beneficiar a una población entera, existen programas que han probado ser efectivos en la prevención del abuso de sustancias y que han sido aplicados en ámbitos comunitarios en la promoción del bienestar de los jóvenes así como en el retraso del uso de drogas y la aparición de otras conductas de riesgo. Entre ellos, los programas que ayudan a los padres y a los hijos a tener un mejor funcionamiento como individuos y familia, pueden ayudar a reducir el abuso de sustancias (Mathias, 2000).

Existen varios modelos para el trabajo en psicología comunitaria: Los modelos tradicionales y los modelos analítico-conductuales. Los modelos ecológico, organizacional y analítico-conductuales tienen diferentes puntos de vista acerca del mundo en el cual pretenden incidir. Los modelos tradicionales en psicología comunitaria enfocan la atención hacia la complejidad de las relaciones dentro y entre los contextos sociales y parecen sugerir que muchos de los problemas sociales son intratables.

Por el contrario, el paradigma *analítico-conductual* se enfoca (al parecer exclusivamente) en las características objetivas del *ambiente proximal* y sostiene que los problemas sociales pueden ser analizados y resueltos, aunque los practicantes que

aborden dichos temas tengan limitaciones potenciales. El paradigma analítico conductual observa las condiciones que la gente etiqueta como problemas sociales como una función de una interacción entre la conducta de la gente (en los territorios, organizaciones y subculturas que definen a la comunidad de interés) y los eventos ambientales físicos y sociales (del contexto proximal y distal). Se asumiría bajo este paradigma que la dependencia en la riqueza y la conducta relativa a la búsqueda de empleo, por instancia, son afectadas por una variedad de eventos antecedentes a la búsqueda de trabajo, tales como información acerca de ofertas de empleo y de eventos consecuentes a la búsqueda de empleo incluyendo los costos y los beneficios del empleo.

Por otro lado, el paradigma analítico-conductual utiliza diseños experimentales para examinar los efectos de las intervenciones sociales compuestos de variables modificables (tales como los incentivos en el empleo, programas de habilidades laborales), en las conductas (búsqueda de empleo) y en los resultados (empleo y reducción de la dependencia en la riqueza).

Asimismo, Ayala (1993a) menciona que en la conducta de beber son los determinantes próximos como la historia de aprendizaje social, las normas culturales, el modelamiento, la influencia de compañeros y la experimentación del alcohol, elementos combinados con el contexto inmediato, contribuyen a las diferencias individuales en los patrones de consumo de alcohol así como el grado de riesgo para presentar conductas de abuso.

De esta forma, Ayala (op cit.), nombra *determinantes próximos* a los factores ambientales y conductuales inmersos en el contexto inmediato. Los determinantes próximos más importantes en la conducta de beber alcohol son los eventos que ocurren antes de dicha conducta, tales como el entorno ambiental, las creencias y expectativas, el repertorio de habilidades del individuo. Por tanto, de acuerdo con Ayala, se esperaría que un programa preventivo exitoso se enfocara en el fortalecimiento de los determinantes próximos.

Sin embargo, existen intervenciones preventivas que apuntan hacia el fortalecimiento de políticas y leyes respecto al uso y abuso de alcohol. De acuerdo con el Instituto Nacional en el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, 2000), hace más de 10 o 15 años las estrategias preventivas se enfocaban exclusivamente en aproximaciones basadas en la educación. Sin embargo, la investigación más reciente ha evaluado un rango más amplio de medidas incluyendo las leyes y políticas estatales y nacionales para la reducción de los problemas relacionados con el Alcohol. Sin embargo, el seguimiento de estas variables puede ser complicado debido a los diversos factores culturales y económicos que intervienen en el estudio. Aún así, se observa la posibilidad de que las políticas y los programas puedan ser una herramienta en la reducción de los problemas asociados con el alcohol.

Una de las principales preocupaciones en la prevención del abuso del alcohol y el alcoholismo es la reducción de las consecuencias que tienen lugar como resultado de dicho abuso. Se ha observado que no basta con intervenir a nivel individual, que a fin de abordar la magnitud del problema, la intervención deberá ser a nivel comunitario. En Estados Unidos, el 40% de los accidentes fatales estaban relacionados con el abuso de alcohol. A raíz de esto, se implementaron medidas de seguridad vehicular tales como la introducción de bolsas de aire, el uso del cinturón de seguridad así como el uso de asientos especiales para niños (NIAAA, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La legislación referente a los problemas que son consecuencia del abuso de alcohol apoya la idea de reforzar y educar activamente a la población a nivel comunitario, esto es un punto clave para el éxito de estas leyes.

En Estados Unidos, se ha observado que la reducción de los accidentes relacionados con el abuso de alcohol ha sido viable debido a los programas de prevención a nivel comunitario. Así mismo, las políticas tales como el impuesto a la venta de alcohol y los sistemas de monopolio, lo mismo que las políticas a nivel individual tales como las intervenciones personales para prevenir conducir bajo los efectos del alcohol y elegir a un conductor designado, han ayudado en la disminución de los accidentes por alcohol.

Algunas personas se cuestionan el hecho de si estas medidas son realmente exitosas, dada la falta de refuerzo policiaco así como la falta de presión social para hacer valer las leyes, factores que son necesarios parcialmente para el éxito de estas medidas de prevención.

Los esfuerzos legislativos para reducir el manejo de vehículos motores en estado de ebriedad han sido numerosos. La gente que maneja bajo la influencia del alcohol tiene una mayor probabilidad de tener otros arrestos y choques, aunque las personas involucradas en accidentes fatales relacionados con el alcohol nunca han sido previamente detenidas.

Existen leyes generales de disuasión, que se refieren a los esfuerzos enfocados al público en general, referentes a la edad legal mínima para beber, las leyes de tolerancia cero, la revocación de la licencia para conducir y los límites legales de concentraciones de alcohol en sangre. En México, la edad mínima para beber es de 18 años. Sin embargo, algunos estudios en Estados Unidos han reportado un decremento en los accidentes fatales de vehículo motor al aumentar la edad mínima para beber. Así mismo, se estableció el límite del 0.02% de concentración de alcohol en sangre para las personas menores de 21 años. Esto llevó a un descenso del 20% en la proporción de choques y accidentes fatales. Aquellas personas que presentaban niveles de alcohol en sangre mayores al permitido tenían como pena la revocación de su licencia de conducir.

Algunas de las medidas que se han tomado para disuadir a los ofensores repetitivos son: la suspensión de la licencia de manejar cuando el nivel de alcohol excede el límite designado; niveles de concentración de alcohol en sangre más bajos para los ofensores que ya han reincidido en la violación de la ley; tratamiento de rehabilitación para los ofensores que manejan bajo la influencia del alcohol; sentencias de prisión las cuales tienen efectos de disuasión a largo plazo; grupos panel de víctimas de ofensores que manejan bajo la influencia del alcohol; establecimiento de tiempos de prueba en lugar de sentencias para permanecer en la cárcel; supervisión de las facilidades otorgadas para asistir a los servicios de encarcelación y rehabilitación.

Algunos autores (Stokols, 1992) han propuesto la realización de intervenciones que promuevan y mantengan ambientes saludables. Es así como se han utilizado básicamente dos tipos de estrategias: las estrategias centradas en la persona, y las estrategias centradas en el ambiente, cada una de las cuales se apoya de políticas y programas para funcionar. Obsérvese la siguiente tabla.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las intervenciones en promoción de salud enfocadas en la persona, pueden ser dar énfasis a cualquiera de la siguientes áreas: biológico, psicológico, conductual. Ejemplos de políticas y programas promotores de salud, son los programas preventivos de riesgo, la consejería y los tratamientos médicos, las intervenciones psicoterapéuticas y la modificación de conducta.

Por otro lado, las estrategias enfocadas al ambiente pueden incidir en tres grandes áreas: geográfica, arquitectónica y tecnológica y sociocultural. En este sentido, las políticas y programas de salud estarían encaminados hacia la planeación urbana que promueva salud y seguridad, las políticas de uso de suelo y las leyes ambientales y municipales, el diseño de productos seguros que promuevan salud, la promoción de sistemas de sanidad comunitaria, la educación comunitaria en salud, la legislación promotora de salud así como códigos de construcción encaminados hacia el mismo sentido.

La investigación en promoción de salud ha enfatizado el cambio de estrategias conductuales y ambientales así como las ventajas que tiene integrar la modificación del estilo de vida con el control del daño y la promoción de estrategias que promuevan la salud dentro de ambientes saludables.

Desde esta perspectiva, con el fin de controlar la disponibilidad del alcohol como un medio para desalentar a los bebedores, particularmente a los menores de edad, se han llevado a cabo políticas enfocadas a la persona y se ha dejado de lado la influencia del ambiente o del contexto social, por lo que se han tomado las siguientes medidas:

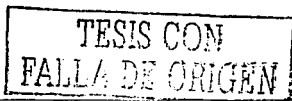
Impuestos en las bebidas alcohólicas. El incremento en el impuesto a la cerveza ha estado ligado con una disminución en las tasas de accidentes fatales. Sin embargo, un incremento en los precios de bebidas alcohólicas quizás tiene un menor efecto en el consumo de los bebedores fuertes.

Entrenamiento a los servidores de bebidas alcohólicas y sanciones. Existe una gran necesidad de lanzar programas de entrenamiento a los servidores de los establecimientos que venden alcohol, tales como los meseros, meseras y barmans, ya que se observa que el lugar del cual salen las personas intoxicadas con alcohol es un bar o una cantina.

Los programas preventivos han sido básicamente de dos tipos: algunos enfocados en los riesgos que provoca el alcohol asociado con una actividad en particular, como el manejo de vehículos de motor o en relación a la condición fisiológica como el embarazo. Otros se refieren a aspectos más generales y aspiran a prevenir problemas más amplios relacionados con el consumo de alcohol, los cuales se insertan en programas educativos.

Más recientemente, Medina-Mora, Natera y Borges (2002) han sugerido que las acciones encaminadas a la prevención del abuso de bebidas alcohólicas deberían estar orientadas a modificar la cultura de embriaguez, con el objeto de introducir prácticas de consumo saludable, moderado o de bajo riesgo así como la promoción de actitudes de respecto hacia no consumir por parte de las personas que así lo han decidido.

Estos autores también recomiendan que los programas de prevención de accidentes y violencias incluyan: 1) programas de movilización comunitaria encaminada a crear



conciencia en la población sobre los riesgos, 2) la revisión y modificación de los reglamentos de policía y tránsito así como la capacitación a los policías para la detección y el manejo de la aplicación consistente de dichos reglamentos, 3) regularizar el uso de suelo en los establecimientos que venden bebidas alcohólicas, así como evitar el ingreso a menores de edad y las prácticas que favorezcan la intoxicación como la promoción de barras libres, las horas felices y los concursos; contar con alternativas de transporte como sitios de taxis fuera de los establecimientos, 4) capacitar a los proveedores de bebidas alcohólicas para fomentar la prevención de estados de embriaguez en los clientes; 5) modificar la relación del consumo de alcohol y el uso de la violencia, práctica culturalmente arraigada.

En este sentido, la prevención en México debe estar abierta a tres aspectos a saber: el apoyo en todos los niveles para alcanzar el bienestar, ampliar la cobertura de servicios de salud y mejorar la integración de los programas de atención. Esto significa, unir esfuerzos para la cooperación, la difusión y la coordinación de las personas interesadas en llevar a cabo acciones.

Programas preventivos en México

Mariño, Romero y Medina-Morá (2000) mencionan tres de los programas que han sido promovidos en el ámbito preventivo de las adicciones: el *Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones* (PEPCA), el *Programa Modelo para la Prevención del Abuso de Alcohol y Otras Drogas entre los Trabajadores y sus Familias* y el *Modelo Preventivo "Construye tu vida sin adicciones"*.

La Secretaría de Educación Pública (SEP) propuso en 1994 el *Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones* (PEPCA), cuyo objetivo es integrar en los niveles de educación básica estrategias de educación preventiva basadas en la promoción y fomento de valores para fortalecer en los alumnos la capacidad de discernimiento frente a problemas sociales como el consumo de drogas.

De acuerdo con lo anterior, el programa cuenta con cuatro componentes: a) plataforma de comunicación social (material impreso y audiovisual); b) orientación a maestros, padres de familia y comunidad en general; c) centros de información y documentación en prevención de adicciones y d) movilización comunitaria para coordinar esfuerzos preventivos en beneficio de niños y jóvenes. También se contempla un proceso de evaluación con el fin de conocer el impacto y trascendencia de las acciones preventivas, no sólo el cumplimiento de metas cuantitativas. El interés del programa es conocer cómo favorecer el enriquecimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje y cómo evitar la incidencia del uso de drogas en niños y jóvenes.

Existen tres subprogramas para la implementación de las estrategias de intervención:

a) programa de movilización comunitaria, b) prevención de accidentes, c) prevención del consumo en menores.

Existe en México otro proyecto desde 1994 coordinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el que se promueve la atención de los menores que trabajan en las calles, con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), denominado *Programa Modelo para la Prevención del Abuso de Alcohol y Otras Drogas entre los Trabajadores y sus Familias*. Dentro de sus actividades, el programa capacita al personal de recursos humanos o de salud de la empresa para orientarlos acerca del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

manejo del trabajador que consume alcohol y drogas con el fin de crear un ambiente sano en la empresa y la comunidad.

El Modelo Preventivo "Construye tu vida sin adicciones" del Consejo Nacional Contra las Adicciones, consta de material impreso y audiovisual para el apoyo de la prevención del abuso de sustancias adictivas en los grupos distintos de la población, con el empleo de mensajes difundidos a través de los medios de comunicación masiva. El objetivo de este modelo es fomentar la responsabilidad del individuo y del grupo para el manejo y cuidado de la salud al conocer y modificar los estilos de vida que tiene el individuo para el logro de una mejor calidad de vida. El plan de acción preventiva consta de cuatro pasos (Castro, Llanes, 1998).

- La formación de la red de intercambios, al buscar la generación de una red de apoyo e intercambio y encuentro para aquellas personas de la comunidad que decidían participar;
- el diagnóstico de estilos de vida;
- el diseño de acciones con base en el diagnóstico de necesidades;
- el seguimiento y evaluación mediante cuestionarios y grupos de discusión.

Otro de los modelos preventivos que se han utilizado en México ha sido el *Modelo Preventivo de Riesgo Psicosocial en la Adolescencia: CHIMALLI*, perteneciente al Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR) (Castro, 1995).

El término CHIMALLI proviene de una voz náhuatl que significa escudo o protección. El programa parte de la visión de prevenir los riesgos psicosociales que pueden derivar en adicciones, problemas emocionales o trastornos biopsicosociales diversos.

El objetivo es el manejo de la ansiedad y conflictos emocionales de la población adolescente, así como afrontar los eventos negativos de la vida como la separación de los padres, la pérdida de un ser querido, la reprobación escolar, etc.

Este programa está dirigido a personas estratégicas de la comunidad como promotores de salud, escuelas e instituciones que trabajen con jóvenes o se interesen por trabajar con adolescentes entre 12 y 24 años de edad.

El programa consta de seis áreas de trabajo: estado general de salud, sexualidad, drogas, consumismo, actos antisociales, eventos negativos de la vida. Cada área tiene ejercicios vivenciales y lecturas que integran un programa de educación. También cuenta con una escala para medir actitudes hacia las seis áreas mencionadas. El programa puede implementarse en un lapso de tres meses a dos años como máximo.

Este programa promueve la atención y la intervención temprana para actuar oportunamente sobre los factores que hacen al individuo vulnerable ante el consumo de sustancias (Medina-Mora, 2002).

Centros de Integración Juvenil cuenta con una serie de programas de prevención dirigidos a adolescentes y jóvenes escolares así como a los niños y padres de familia. La idea es formar agentes comunitarios para que se reproduzca la información y la capacitación a su vez.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) también se ha unido a los esfuerzos preventivos al realizar una serie de programas para estudiantes desde nivel preescolar así como cuarto, quinto y sexto de primaria, con una perspectiva de promoción de la salud reproductiva. Este modelo se distingue por promover el desarrollo de habilidades que protegen al individuo de riesgos ambientales e individuales, ya que se ha observado que los factores que llevan a los adolescentes y jóvenes a tener conductas de riesgo sexuales son similares a los que llevan al uso de drogas.

La Fundación de Investigaciones Sociales (FISAC) también desarrolló un modelo de prevención que promueve el uso responsable de bebidas alcohólicas, así como la formación de valores y la promoción de la autoestima.

A la fecha, se han presentado resultados acerca de la efectividad de algunos de estos programas antes mencionados de forma descriptiva.

Ante la necesidad de proporcionar programas de prevención acordes con la realidad actual, se han incorporado conceptos como la *percepción de riesgo* y la *resiliencia*. Se ha estudiado la relación que tiene la percepción de riesgo con el uso de drogas y cómo es que un adolescente decide probar alguna droga, continuar su uso y desarrollar una dependencia. Además de la influencia del contexto y las condiciones que facilitan la disponibilidad de la sustancia (Medina-Mora, Villatoro, Cravioto, Fleiz, 2002).

Con respecto al concepto de resiliencia, este se refiere a la adaptación exitosa a pesar del riesgo y la adversidad que el individuo haya experimentado en alguna etapa de su vida. El concepto surge a partir de estudios longitudinales realizados por Rutter en 1979, en donde se observó el desarrollo de niños y adolescentes que tuvieron una vida saludable a pesar de haber experimentado condiciones de pobreza y padres que abusaban de las drogas. Se observó que los factores que promueven la resiliencia son: 1) relación estrecha con los padres u otro adulto quien asegura un ambiente proveedor de afecto desde edades tempranas y de manera consistente; 2) sentimientos de éxito, de control y de respeto por ellos mismos, por parte de los menores; 3) fuertes recursos internos como salud física y psicológica y externos como contar con una red de apoyo social en donde se incluye a la familia, a la escuela y a la comunidad; 4) habilidades sociales para la comunicación y la negociación, así como la toma de decisiones y la asertividad; 5) habilidades de solución de problemas; 6) la perseverancia y el esfuerzo como valores para resolver problemas; y 7) haber sobrevivido situaciones de riesgo anteriormente.

Se cree que los programas preventivos que tienen éxito son aquellos que se enfocan en los aspectos positivos de la vida de los individuos, que incluyen el desarrollo de habilidades, la promoción de actividades alternativas, la detección e intervención tempranas y la educación, persuasión o disuasión del uso de sustancias.

Los programas preventivos deberían integrar dentro de sus estrategias actividades no sólo informativas, sino educativas y tendientes a propiciar una modificación de actitudes y conductas.

Desde una perspectiva social, la estructura económica que ha tenido lugar con la globalización ha modificado los usos y costumbres así como la calidad de vida de la población; se ha dado una transición demográfica y social y con ello han resurgido

nuevas sustancias de consumo. La desigualdad social abrirá cada vez más la brecha entre ricos y pobres. Mientras que los ricos tendrán más recursos para consumir drogas, los pobres consumirán drogas de menor calidad. Además de la pobreza, el abuso de sustancias es un cáncer social en donde existen pocas posibilidades para la recuperación de los más desprotegidos (Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz, Tapia-Conyer, 2001).

Estos autores describen una serie de retos que los profesionales de la salud interesados en la investigación deben enfrentar a las puertas del tercer milenio: Ante el cambiante panorama del perfil epidemiológico, en el que las mujeres ya beben en proporciones parecidas a las de los hombres y los niños empiezan a incursionar en el uso de sustancias a edades más tempranas, es necesario ampliar la metodología de investigación con el fin de obtener no sólo datos cuantitativos sino llegar al análisis cualitativo de la información obtenida. Otro aspecto importante es lograr unificar la investigación con la toma de decisiones importantes en el país. Por último, es necesario adquirir la sensibilidad cultural para matizar las intervenciones preventivas y de tratamiento a la población mexicana.

Los esfuerzos en prevención y en política social tendrían que tener la influencia de la concepción de la realidad exacta de los problemas. Como primer paso, Medina Mora (2002) aconseja incrementar la conciencia pública acerca del problema así como la promoción de soluciones derivadas del conocimiento científico más que de orientaciones morales o ideológicas. Estas a su vez deberían estar adaptadas al contexto social y cultural de la población así como integrar su punto de vista y acciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

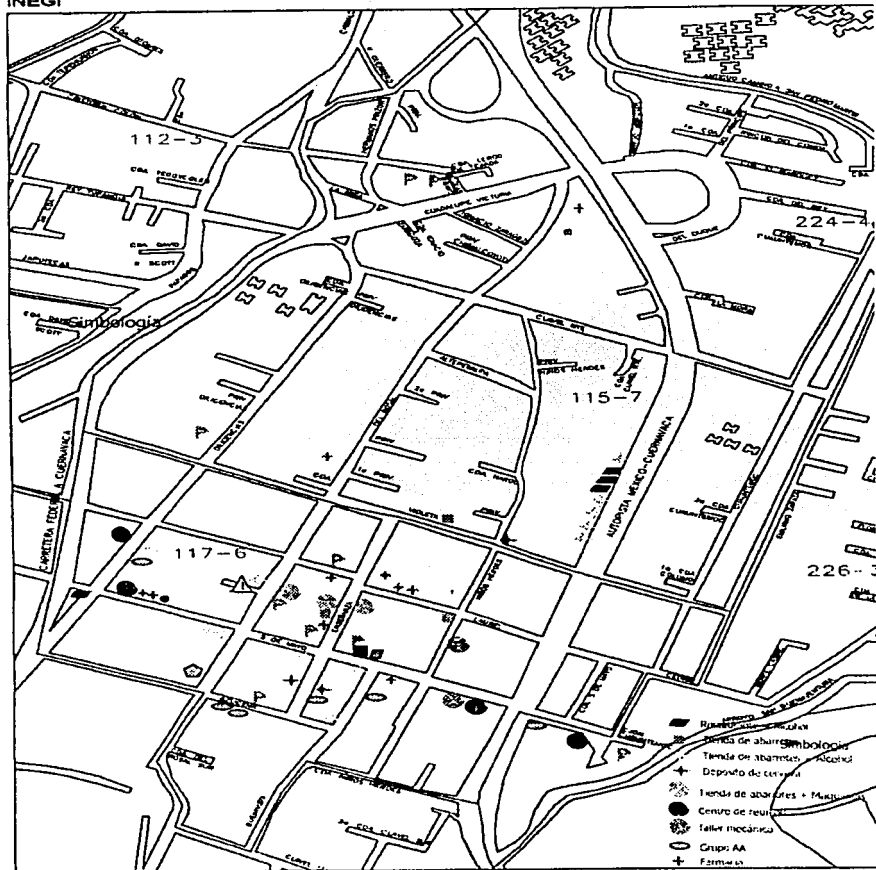
Anexo 2

Localización geográfica de las comunidades y mapeo ecológico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XII CENSO GENERAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2000

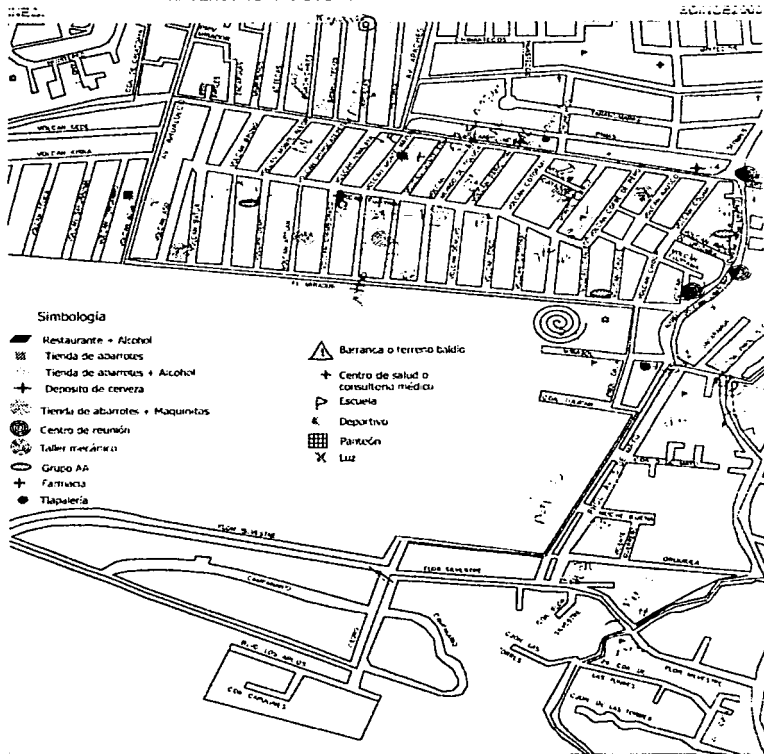
INEGI



Unidad geográfica: 090120001 Tlalpan

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI CENSO GENERAL DE POBLACION Y VIVIENDA 2000



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 3

INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO DE FORMAS DE CONSUMO

Instrucciones específicas: Es muy importante que conteste a las siguientes preguntas con mucho cuidado y sinceridad. No existen respuestas correctas o incorrectas. Las preguntas se relacionan al uso de alcohol, drogas y algunos aspectos relacionados con el consumo. La información recabada es estrictamente confidencial y ninguna otra persona tendrá acceso a ésta. Por lo tanto, anote su respuesta en cada columna con relación a usted, su pareja y algún otro miembro de la familia.

	Yo	Mi pareja	Otro miembro de la familia
1. ¿Ha bebido en los últimos 12 meses?	Si: 1 No:2	Si: 1 No:2	Si: 1 No:2
2. ¿Ha bebido en los últimos 30 días?	Si: 1 No:2	Si: 1 No:2	Si: 1 No:2
3. ¿Ha bebido en la última semana?	Si: 1 No:2	Si: 1 No:2	Si: 1 No:2
4. ¿Qué acostumbra beber? (Puede marcar más de una opción)	<input type="checkbox"/> Pulque <input type="checkbox"/> Vino de mesa <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Destilados <input type="checkbox"/> Coolers <input type="checkbox"/> Bebidas preparadas <input type="checkbox"/> Mezcal <input type="checkbox"/> Aguardiente <input type="checkbox"/> Alcohol puro <input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Pulque <input type="checkbox"/> Vino de mesa <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Destilados <input type="checkbox"/> Coolers <input type="checkbox"/> Bebidas preparadas <input type="checkbox"/> Mezcal <input type="checkbox"/> Aguardiente <input type="checkbox"/> Alcohol puro <input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Pulque <input type="checkbox"/> Vino de mesa <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Destilados <input type="checkbox"/> Coolers <input type="checkbox"/> Bebidas preparadas <input type="checkbox"/> Mezcal <input type="checkbox"/> Aguardiente <input type="checkbox"/> Alcohol puro <input type="checkbox"/> Otra:
5. ¿Cuántas copas bebe por ocasión?	<input type="checkbox"/> 3 copas o menos <input type="checkbox"/> 4 copas <input type="checkbox"/> 5 copas <input type="checkbox"/> 6 copas o más	<input type="checkbox"/> 3 copas o menos <input type="checkbox"/> 4 copas <input type="checkbox"/> 5 copas <input type="checkbox"/> 6 copas o más	<input type="checkbox"/> 3 copas o menos <input type="checkbox"/> 4 copas <input type="checkbox"/> 5 copas <input type="checkbox"/> 6 copas o más
6. ¿Qué edad tenía cuando bebió por primera vez?			
7. ¿Cuál es la razón por la que bebió por primera vez?			
8. ¿Cuál es la razón más importante por la que siguió bebiendo?			
9. ¿Que problemas de salud ha tenido por beber? (Agudos o crónicos)			
10. ¿Que problemas sociales ha tenido por beber? (Arrestos, familiares, laborales, de pareja, etc)			
11. ¿Ha fumado en los últimos 12 meses?	Si: 1 No:2	Si: 1 No:2	Si: 1 No:2
12. ¿Ha fumado en los últimos 30 días?	Si: 1 No:2	Si: 1 No:2	Si: 1 No:2
13. ¿Con qué frecuencia fuma actualmente?	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Rara vez
14. Si no ha fumado en el último año y lo hizo anteriormente ¿con qué frecuencia fumaba?	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Rara vez
15. ¿Que edad tenía cuando fumo por primera vez?			
16. De las personas que viven con usted, ¿cuántas de ellas fuman actualmente?			
17. ¿En qué lugar convive con esas personas frecuentemente?			
18. ¿Cuál es la razón por la que fumo por primera vez?			
19. ¿Cuál es la razón más importante por la que siguió fumando?			
20. ¿Que problemas de salud ha tenido			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por fumar? (por ejemplo: los, garganta irritada, resequeidad, etc. O problemas más severos, cáncer).			
	Yo	Mi pareja	Otro miembro de la familia
21. ¿Qué problemas sociales ha tenido por fumar? (en su relación de pareja, familiar, amigos, etc.)			
22. ¿Alguna vez en su vida ha tomado o usado alguna sustancia?	Si 1 No:2	Si: 1 No:2	Si: 1 No:2
23. ¿Cuales? Puede marcar más de una	a) Heroína b) Cocaína c) Marihuana d) De diseño e) Otras:	a) Heroína b) Cocaína c) Marihuana d) De diseño e) Otras:	a) Heroína b) Cocaína c) Marihuana d) De diseño e) Otras:
24. ¿Cuántos años tenía cuando lo hizo por primera vez?			
25. ¿Cómo la obtuvo?			
26. ¿En qué lugar?			
27. ¿La ha consumido en los últimos 12 meses?	Si 1 No 2	Si 1 No:2	Si 1 No 2
28. ¿La ha consumido en los últimos 30 días?	Si 1 No 2	Si: 1 No 2	Si 1 No 2
29. ¿Qué sustancia usa actualmente?			
30. ¿Cuál es la razón por la que tomó sustancias por primera vez?			
31. ¿Cuál es la razón por la que lo siguió haciendo?			
32. ¿Qué problemas de salud ha tenido por tomar otras sustancias?			

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ENCUESTA DE INTERÉS

Edad: _____ Ocupación: _____

Sexo (F) (M) Vive en : a) San Pedro Mártir b) Volcanes c) Otra: _____

1. ¿Considera que el consumo de drogas incluyendo alcohol y tabaco es un problema de su comunidad? a) Si b) No

2. En qué grado, en el último año, el consumo de drogas es un problema en su comunidad:

- a) es un problema menor
- b) Es un problema mayor
- c) Es un gran problema

3. De acuerdo con lo que usted ha observado este problema se presenta más en :

- a) Niños
- b) Adolescentes
- c) Adultos
- d) Adultos mayores

4. Conteste las siguientes preguntas de acuerdo a las siguientes drogas:

	¿Qué tan problemático es para su comunidad el consumo de las siguientes drogas?:				¿Qué tan satisfecho está con los esfuerzos comunitarios que se han hecho para solucionar este problema?			
	Nada		Muy		No		Muy	
Alcohol	0	1	2	3	0	1	2	3
Tabaco	0	1	2	3	0	1	2	3
Mariguana	0	1	2	3	0	1	2	3
Cocaína	0	1	2	3	0	1	2	3
Inhalables	0	1	2	3	0	1	2	3
Pastillas	0	1	2	3	0	1	2	3
Otra: _____	0	1	2	3	0	1	2	3

5. Cuando tiene algún problema usted ó algún conocido relacionado con el consumo de drogas a quién acude para solucionarlo:

- a) Padre
- b) Médico (Centro de Salud, Particular, Movimiento Popular)
- c) Maestro de sus hijos
- d) Familiares
- e) Vecinos
- f) Hospital
- g) Nadie
- h) Anexo
- i) A. A.
- j) Otra: _____

6. De los temas que se le presentan a continuación ordene del más importante al menos importante: Drogadicción

- _____ Alcohol y Problemas asociados
- _____ Tabaquismo y Problemas asociados
- _____ Cocaína y Problemas asociados
- _____ Mariguana y Problemas asociados
- _____ Inhalables y Problemas asociados
- _____ Pastillas y Problemas asociados

Nota: Si alguna persona está interesada en alguno de los servicios que se ofrecen en el Centro Comunitario del Movimiento popular. Anote sus datos en el siguiente apartado.

Nombre _____

Teléfono: _____

Servicio que solicita

- a) Bebedores
- b) Niños

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Anexo 4

Instrumentos Estudio de Caso

TECIS CON
FALLA DE ORIGEN

Terapeuta: Psic. Elsa García

Núm. De esp.

Día	Consumo	Núm. De copas por tipo de bebida	Núm. total de copas	Situación relacionada	Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
-----	---------	----------------------------------	---------------------	-----------------------	---

Nra y día	1-Si 2-No 3-No necesidad	Cervezas	Destilados	Vino	Si no consume	Solo	Otro	1	2		
03/04/2002	1				0					X	Este día inicié la terapia de autocontrol.
06/04/2002	1			X	1		X	X		X	Sentí temor de que no fuera capaz de tomarme nada más una
07/04/2002	1			X	1		X	X		X	Disfruté el sabor del vino sin pensar en tomar más de una
08/04/2002	1			X	2		X	X		X	Tomé dos copas porque el vino empezaba a agriarse
09/04/2002	1	X			1		X	X		X	Comí fuera de casa, no me gustó el sabor de la cerveza
10/04/2002	1			X	1		X	X		X	Disfruté el vino. En casa puedo controlarme mejor que afuera
11/04/2002	1			X	1		X	X		X	No me sentí culpable por tomar la copa. Buena terapia
12/04/2002	1			X	1		X	X		X	Me sentí cansado por el deporte, el vino me estimuló un poco
13/04/2002	1			X	1		X	X		X	Fuíny a dieta. El vino me reconforta y me quita el hambre
14/04/2002	1			X	2		X	X		X	Realmente tomé 1 1/2 copas, el vino blanco estaba pasado
15/04/2002	1	X	X	X	3		X	X		X	Festajamos el cumpleaños de un compañero, como estoy a dieta, me maré un poco. Nunca pensé en seguir bebiendo
16/04/2002	1			X			X	X		X	Me cansé por jugar basquetbol, el vino me relajó
17/04/2002	1			X	1		X	X		X	Tomé 1/2 copa, el vino estaba un poco pasado (no me gustó)
18/04/2002	1			X	1		X	X		X	Comí tarde y el vino me maré un poco
19/04/2002	1	X	X		4		X	X			Después de jugar, mis compañeros me invitaron 3 cervezas, las cuales me tomé de 5 a 6 de la tarde, me maré un poco. Después fui a jugar dominó (de 7 a 1 hrs) y me tomé un whisky y, no sentí necesidad de seguir bebiendo.
20/04/2002	2										Asistí a una fiesta familiar, no bebí una copa. Me sentí un poco deprimido y como fuera de lugar, no importa es mejor así
21/04/2002	1			X	1		X	X		X	El vino estaba un poco fuerte de sabor, no lo disfruté tanto
22/04/2002	1			X	1		X	X		X	No pensé cuando me tomaba el vino, simplemente lo disfrute
23/04/2002	1	X			4		X	X			Fui al Caracol, Gro. Hacia mucho calor, las cervezas me supieron exquisitas (1 en la comida y tres en la noche de 9 a 11)
24/04/2002	2				0						Comí en casa ya tarde, no había vino de mesa
25/04/2002	1		X	X	4		X	X			Comí fuera de casa, me tomé 1 whisky y 3 copas de vino tinto en 2 horas, fue rápido porque los comensales tenían prisa
26/04/2002	2				0						Ya tomé la cuota semanal que me fijé, hoy no bebí
27/04/2002	2				0						Ya tomé la cuota semanal que me fijé, hoy no bebí
28/04/2002	2				0						Ya tomé la cuota semanal que me fijé, hoy no bebí
29/04/2002	2				0						Se terminó el vino tinto en casa, no siento necesidad de tomar
30/04/2002	2				0						Se terminó el vino tinto en casa, no siento necesidad de tomar
01/05/2002	2				0						Se terminó el vino tinto en casa, no siento necesidad de tomar
02/05/2002	2				0						De acuerdo la Psic. Elsa García, dejé de beber vino en la comida
03/05/2002	1	X			3		X	X		X	Tomé 3 whiskys en la comida, de 3 a 7 p.m., todo normal
04/05/2002	2				0						
05/05/2002	2				0						
06/05/2002	2				0						
07/05/2002	2				0						
08/05/2002	2				0						
09/05/2002	1	X			3		X	X		X	Tomé 3 whiskys en la comida, de 3 a 6 p.m., todo normal
10/05/2002	2				0						
11/05/2002	1		X		3		X	X			Tomé 3 tequilas en reunión familiar, me controlé muy bien
12/05/2002	2				0						
14/05/2002	1	X			3		X	X			Tomé 3 tequilas en reunión familiar, me controlé muy bien
15/05/2002	2				0						

Nota: 1.- Lugar público

2.- Lugar privado

FALTA DE ORIGEN
 TESIS CON