



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**CONSEJO BREVE PARA BEBEDORES  
PROBLEMA EN UNA  
COMUNIDAD UNIVERSITARIA**

Tesis de Licenciatura que presenta  
JASSIL ERIKA VELASCO FABIÁN  
para obtener el título de  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**Directora de Tesis:  
Mtra. María Martina Jurado Baizabal**

México, D.F. 2010





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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:*

*Mtra. Ma. Martina Jurado Baizabal (Directora de tesis)*

Es un enorme orgullo el haber compartido esta meta con usted. Gracias por todas las enseñanzas a nivel profesional pero sobretodo en lo personal. Me hacían falta esos empujones acompañados de un gran consejo que suele dar.

La admiro no solo como maestra sino aún mas como ser humano, le agradezco por ser parte fundamental en mi formación profesional.

*Lic. Leticia Echeverría San Vicente. (Revisora de tesis)*

Gracias por todas las observaciones y consejos que me ayudaron a finalizar este proyecto de vida y profesional. Por creer en mí y haber sido pieza fundamental en mi actual estancia laboral.

## *Sinodales*

*Dr. Samuel Jurado Cárdenas*

*Lic. Jorge Álvarez Martínez*

*Dra. Lydia Barragán Torres*

Gracias por dirigir y orientar una meta más en mi vida, por las acotaciones que enriquecieron esta investigación y formar parte de algo muy importante para mí.

## *Dedicatorias*

### *A mi mamá:*

Mamá te agradezco haberme dado la vida y junto con ella muchas satisfacciones igual que fracasos, los cuales me enseñaron ser una persona cada día mejor. Gracias mami por todo el apoyo que me brindas día con día, este trabajo es un paso más de los muchos que me has enseñado a dar. Gracias por tomar mi mano y soltarla en los momentos precisos.

### *A mi papá:*

Papá gracias por ser parte fundamental en mi crecimiento y desarrollo como persona. Me enseñaste la fortaleza necesaria para brincar cada obstáculo que se me presente a lo largo de mi existencia. Es un orgullo tenerte como papá, por cada uno de los ejemplos y cada una de las palabras que sueles tener.

## *A mis hermanos*

### *Norma*

Hermana gracias por tu apoyo, por tus consejos, por las aventuras que hemos pasado juntas, por las tristezas y alegrías compartidas, es un orgullo que seas mi hermana mayor.

### *Guillermo*

A mi hermano, gracias por ser mi compañero de juego durante mi niñez. y un ejemplo durante mi vida.

### *Jessica*

Gracias por ser mi hermana, por toda la vitalidad y fortaleza que has demostrado, a pesar de las situaciones difíciles sigues de pie y con una gran sonrisa por eso te admiro y te quiero mucho.

### *Yola*

Eres una gran tía, crecimos casi a la par y fuiste parte importante para mis hermanos y para mí. Gracias por aguantar todas nuestras travesuras y formar parte de ellas.

### *Angélica*

Leca sería poco agradecerte todo lo que me has apoyado, esta tesis es tanto tuya como mía. Gracias por ser mi hermana de vida, por juntas vivir muchas aventuras, por los acertados y oportunos consejos dados. Se agradezco a la vida el haberme encontrado en el preciso lugar y momento para conocer a quien es y será mi mejor amiga.

A todas mis primas y primos que súper adoro

*Les dedico mi tesis por ser la fortaleza que me empuja y mantiene de pie.  
Gracias familia. Los amo*

## *Amigos*

A todos mis súper cuates Magos, Claudio, Grandma, Magos Santiago, Marco, Bety González y Jaime Espinoza. Los quiero mucho

Y para los que compartimos un sueño: “Uneme-CAPA”. Gracias por preguntar siempre que nos reuníamos como iba con la tesis, créanme fueron meses muy estresantes, pero espero que cuando lean esta dedicatoria sigamos por el mismo camino, de no ser así me dio muchísimo gusto conocerlos y espero sigamos siendo amigos. Brenda, Efraín, César, Elvira y Gustavo los quiero. Y a mi compañera de trabajo Osve, gracias por todo el apoyo, fue muy importante para mí tu ayuda para concluir todos mis trámites.

## *Mascotas.*

Para mi hermosa khalil, una perra labradora y ladradora, gran compañera, llegaste para darme lecciones de vida, una de ellas ser más responsable y recordar mi niña que llevo dentro. A mis queridos sobrinos (jajaja) Luna, Tom-Tom, Dilú y para los que partieron pero en su tiempo fueron muy importantes “Grey” y “Lungo”.

---

## INDICE

---

<b>RESUMEN</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	<b>15</b>
<b>CAPITULO 1.</b>	<b>18</b>
<b>CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS</b>	<b>18</b>
1.1 Efectos y consecuencias del abuso de alcohol en universitarios	26
1.2 Daños del consumo de alcohol.	29
<b>CAPITULO 2.</b>	<b>40</b>
<b>INVESTIGACIONES SOBRE ALCOHOLISMO EN JÓVENES</b>	<b>40</b>
2.1 investigaciones acerca de las intervenciones breves.	43
2.1.1 Efectividad de las Intervenciones Breves	44
<b>CAPITULO 3.</b>	<b>47</b>
<b>TEORÍAS SOBRE EL ALCOHOLISMO</b>	<b>47</b>
3.1 Teoría biológica	47
3.2 Teorías psicológicas	48
3.3 Teoría biopsicosocial	52
<b>CAPITULO 4.</b>	<b>54</b>
<b>TRATAMIENTOS EN EL ABUSO DE ALCOHOL</b>	<b>54</b>
4.1 Tratamientos psicológicos: deshabitación psicológica, modificación de estilo de vida y manejo de factores de riesgo.	54
4.2 Psicoterapia de grupo.	56
4.3 Intervenciones breves	59
<b>CAPITULO 5.</b>	<b>68</b>
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>68</b>
5.1 Objetivo general	68
5.3 Tipo de estudio	69
5.4 Diseño.	69
5.5 Hipótesis.	70
5.6 Definición de variables.	70
5.7 Instrumentos	71

<b>5.8 Sujetos</b>	<b>77</b>
<b>5.9 Procedimiento</b>	<b>78</b>
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>83</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>94</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>96</b>
<b>Sugerencias</b>	<b>99</b>
<b>Limitaciones</b>	<b>100</b>
<b>Alcances</b>	<b>100</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>101</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO 1. TABLA DE RESULTADOS</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO 2. PRUEBAS</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO 3. CONSEJO BREVE</b>	<b>115</b>

## **RESUMEN**

El propósito de esta investigación fue analizar si la aplicación del consejo breve como intervención, modifica el patrón de consumo de alcohol peligroso o dañino hacia un consumo menos riesgoso en estudiantes de la UNAM. Se tuvo una muestra de 100 sujetos, conformada por 35 mujeres y 65 hombres, del campus Ciudad Universitaria; de las facultades de Filosofía y Letras, Arquitectura, Economía e Ingeniería.

Se aplicó en la entrevista inicial la línea base retrospectiva (LIBARE), con tiempo de tres meses antes del tratamiento; los usuarios registraban la cantidad de copas estándar consumidas en el periodo correspondiente, en esa sesión se dio el consejo breve. Teniendo seguimientos al mes, tres, seis y doce meses una vez que se proporciono el consejo breve.

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA), donde se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el patrón de consumo de los estudiantes. Comparando los datos del pre-LIBARE (tres meses), con los derivados en cada uno de los seguimientos después del consejo breve. Los resultados indican que disminuyó la cantidad de copas estándar consumidas.

Se concluyó que la disminución observada en el patrón de consumo por sexo en la muestra estudiada fue de forma semejante; por lo tanto el consejo breve fue un tratamiento eficaz en la población estudiada.

## **ABSTRACT**

The purpose of this investigation was to analyze the use of short-term counseling aimed at modifying the pattern of dangerous or damaging drinking of alcohol among the students of UNAM and to lead the students to a less dangerous level of consumption. A sample of 100 students -35 women and 65 men- was taken from the campus University City, specifically from the faculties of Philosophy and Letters, Architecture, Economy and Engineering.

In the initial interview a base line was taken for three months before the treatment. The users recorded the number of standard cups drunk in the corresponding period and in this session they were also given some brief advice. The subjects were followed and the results recorded at one month, three, six and twelve months once they had received the basic advice mentioned above.

An analysis was made of the variations (ANOVA) in which the results showed a statistically significant change in the pattern of the students drinking habits when comparing the statistics of the pre-LIBARE at three months with those taken from each of the follow-up sessions after the short-term advice. The results indicate that the number of standard cups drunk to have declined.

The conclusion was that the reduction in the consumption of alcohol was very similar when the sexes in the sample of students were compared and it also demonstrated that short-term counseling was effective when practised in the student population of UNAM.

## INTRODUCCIÓN

El abuso en el consumo de sustancias lícitas e ilícitas, así como la dependencia a las mismas, se ha convertido en un problema de salud pública en las últimas décadas en la mayoría de los países.

La población Universitaria tiene alta vulnerabilidad en lo referente al consumo de bebidas alcohólicas ya que el acceso a las mismas es mayor; e incrementan las situaciones de consumo cuando ingresan al ambiente universitario.

Cada día los problemas relacionados con el abuso de alcohol en los estudiantes va aumentando a nivel mundial. Existen diversos factores que propician este incremento tales como: la influencia de los amigos, el ámbito familiar, educación, y cultura en el cual se desarrollan los jóvenes. De igual forma vivimos rodeados de constantes bombardeos de medios publicitarios de difusión que apoyan el consumo de alcohol siendo los jóvenes población vulnerable a estos ataques masivos de publicidad.

La conducta antisocial y el uso de alcohol son eventos que aparecen relacionados con frecuencia en algunos sectores de la población escolar. Un grupo de alto riesgo para el consumo de alcohol y drogas sin lugar a dudas lo conforman aquellos estudiantes que se han integrado en bandas juveniles, las cuales constituyen una estrategia social y grupal de auto organización, que les permite enfrentar de manera consciente y colectiva los problemas que viven cotidianamente en el marco de la crisis económica y social en la que se debate nuestro país.

En estos grupos es común observar que realizan actividades antisociales o de protesta, caracterizándose por su incapacidad para aceptar restricciones sociales, pautas de la autoridad y normas familiar. Todo aquello que la sociedad no acepta como la distorsión del lenguaje, las actitudes retadoras o de desgano y las formas de convivencia no convencionales son aspectos revalorizados por ellos.

El aumento del consumo de drogas incluyendo el uso de alcohol y tabaco en adolescentes mexicanos se manifiesta de manera preocupante para el sector salud. Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (2002); señala que existen en el país 32,315.760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12,938.679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. En la población adolescente entre 12 a 17 años, cerca de tres millones (3, 522.427) consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población en este grupo.

Los resultados del 2008 (ENA) confirman lo que se había observado en encuestas previas. La población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29. La cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana. Le siguen los destilados y, en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas. El pulque es consumido por una proporción menor de la población, pero su consumo prevalece.

El orden de preferencia por tipo de bebida es similar entre hombres y mujeres. La mayor diferencia entre sexos se observa en el consumo de aguardiente y de alcohol de 96°: 8.5 hombres los consumen por cada mujer que lo hace.

En los adolescentes, el orden de preferencia cambia, ya que prefieren bebidas preparadas más que el vino. Las diferencias entre hombres y mujeres son menores que en la población mayor de 17 años, con excepción de las bebidas preparadas, el pulque y el aguardiente/alcohol 96°; en relación con éstas, se observa una mayor diferencia entre hombres y mujeres adolescentes.

Las cifras de consumo por tipo de bebida varían según los grupos de edad. El consumo de aguardiente y alcohol 96° aumenta con la edad. El mayor consumo de cerveza, destilados, vino y bebidas preparadas ocurre entre los 18 y los 29 años. El gusto por las bebidas preparadas disminuye en forma importante después de los 29 años. El mayor consumo de pulque ocurre entre los 30 y los 39 años.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005) indica que el uso perjudicial del alcohol es un factor principal en homicidios, accidentes de tránsito, suicidios, violencia, violencia en el hogar y abuso de niños, maltrato y descuidos. La mayoría de las personas que beben en exceso no sufren de alcoholismo, ni dependencia del alcohol sino que son individuos jóvenes y sanos.

La violencia, el uso de drogas y la habilidad para delinquir se tornan caminos viables para ganar reconocimiento, prestigio y poder dentro de su propio grupo. En diferentes estudios sobre las etapas de adquisición de uso de drogas realizados en adolescentes estudiantes norteamericanos y mexicanos, se ha encontrado evidencia empírica en cada una de las etapas de adquisición sobre el uso de alcohol. Estas categorías de las etapas de adquisición han sido asociadas con factores de riesgo tales como: la relación con amigos que muestran conductas problemáticas así como consumo de alcohol y drogas ilícitas.

Es necesario comprender la importancia del problema del abuso de alcohol en los jóvenes, no solo para evitar el consumo temprano sino para buscar soluciones y desarrollar diversas estrategias de intervención las cuales ayuden a prevenir el consumo. Con estas intervenciones se buscan beneficios no solo a corto plazo, sino también a largo plazo, ya que son tratamientos de bajo costo. En lo que se refiere a los estudiantes universitarios se trata de evitar que su nivel de consumo llegue a ser peligroso y alcance niveles de dependencia.

Héctor Ayala y cols (2001) indican que en estudios realizados por Riley y cols., 1987; Holder y cols., 1991; Bien y cols., 1993, se encontró que es

recomendable que las intervenciones que se lleven a cabo en un nivel de prevención secundaria sean de breve duración, por la ineficacia y el alto costo encontrada en las modalidades de larga duración e intensivas, que usualmente incluyen hospitalización del paciente. La determinación de la efectividad en las intervenciones breves se relaciona principalmente con la reducción del patrón de consumo de alcohol en niveles moderados y en individuos con niveles bajos de dependencia.

El Instituto Nacional del Abuso de Alcohol y Alcoholismo ([INAAA]. 2001) indica que el abuso de alcohol es definido como un patrón de consumo de bebidas alcohólicas que es acompañado por una o más de las siguientes situaciones en un período de 12 meses:

- No cumplir con responsabilidades mayores del trabajo, de la escuela o del hogar.
- Beber alcohol durante actividades que son físicamente peligrosas tales como operar maquinarias o manejar un automóvil.
- Tener problemas frecuentemente relacionados con el alcohol, ser arrestado por guiar bajo la influencia de alcohol o por lastimar físicamente a alguien mientras está borracho (embriagado).
- Continuar bebiendo a pesar de tener problemas constantes con otras personas, causados o empeorados por los efectos del alcohol.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fuente: Instituto Nacional del Abuso de Alcohol y Alcoholismo, Estados Unidos. 2001

El INEGI (1999) señala que el consumo excesivo de alcohol se vincula con cinco de las diez principales causas de defunción en México en jóvenes que se encuentran en edad productiva, entre ellas: accidentes, patología cerebro vascular, cirrosis hepática, así como homicidios y lesiones en riña.

De allí la importancia de seguir realizando investigaciones acerca del abuso del alcohol ya que la mayoría de los estudios se basa en personas con dependencia severa al alcohol, siendo que aquellos individuos que tienen un consumo excesivo de alcohol representan un grupo más grande y en su mayoría son jóvenes. Este trabajo se fundamentó en el Consejo Breve como medida preventiva para los jóvenes universitarios que tengan un consumo de riesgo o perjudicial, para que haya disminución en la ingesta de alcohol.

En esta investigación se trabajó con bebedores problema: los cuales se definen como personas con una historia de consumo problemático de menos de diez años, en promedio, y que en la mayoría de los casos no ha buscado tratamiento. Usualmente tienen redes sociales y familiares intactas. También es mayor su estabilidad económica y laboral en comparación con quienes tienen una dependencia severa. Ya han presentado lagunas mentales y se destaca que los bebedores problema no se ven a sí mismos como alcohólicos o diferentes de quienes no tienen problemas con la bebida. Otro dato importante es que en nuestro país, 88% de estas personas, aunque reportaron consumos excesivos, también tuvieron episodios en los que bebieron moderadamente, lo cual parece indicar que, bajo ciertas circunstancias, estas personas pueden controlar su consumo. (Echeverría 2004)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El uso/abuso de sustancias alcohólicas, es un problema que está afectando a la mayoría de las personas, sobre todo a los estudiantes que se encuentran en edad productiva. En nuestro país el alcoholismo representa el 11.3% de la carga total de enfermedades. Así, 49 por ciento de los suicidios y 38 por ciento de los homicidios en el país se cometen bajo los efectos de las bebidas alcohólicas, además de que 38 por ciento de los casos de lesiones ocurren como resultado del consumo excesivo de bebidas embriagantes, particularmente entre jóvenes de 15 y 25 años de edad, etapa de la vida en la que los accidentes ocupan la primera causa de mortalidad. (Galán, 2001).

Los jóvenes entre 15 y 19 años de edad, sufren accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol que constituyen la primera causa de defunción concentrando el 15% de las muertes, los homicidios el 14.6% y los suicidios el 6% de los fallecimientos. (Rosovsky, 2001).

Por la creciente preocupación acerca del número de estudiantes de la UNAM que consumen alcohol, el cual va aumentando, lo que genera deserciones escolares, accidentes dentro del campus estudiantil y agresiones así como consumo de bebidas alcohólicas dentro de las instalaciones universitarias, se utilizó la consejería en un programa en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental llamado: "Tratamiento Oportuno de Bebedores excesivos en la población Estudiantil de la UNAM" dirigido por el Dr. Alejandro Díaz M. y la Dra. L. Rosa Díaz M, el cual se lleva a cabo en las instalaciones del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina. Este programa tiene la finalidad de disminuir el consumo de bebidas alcohólicas en la población universitaria y en algunos casos lograr la abstinencia.

En el año 2005, del total de la población de primer ingreso a la UNAM (34,000) a los cuales se les aplicó el AUDIT, simultáneo al examen médico para detectar su nivel de consumo, aceptaron ingresar al programa antes

mencionado un total de 28,637 estudiantes. El 56.5% ingreso a la intervención de consejo breve.

De estos últimos esta investigación trabajó con 100 estudiantes seleccionados aleatoriamente de las Facultades de Arquitectura, Economía, Filosofía y Letras e Ingeniería de la UNAM; campus Ciudad Universitaria, siendo estas facultades a las que se tuvo acceso. Estos estudiantes participaron durante un año en este estudio, el cual consistió en una sesión terapéutica donde se aplicaba la prueba del AUDIT, CIDI, entrevista inicial, LIBARE, autoregistro y se daba el Consejo Breve. Al final de la primera sesión se dio cita al primer mes, en el cual se revisó el autoregistro y se reforzó el consejo breve; los siguientes seguimientos fueron al tercer y sexto mes en los cuales se llevo la misma dinámica, para el ultimo seguimiento, al doceavo mes se aplicaron nuevamente las pruebas de inicio y se reforzó el consejo breve.

En esta investigación se plantearon los siguientes objetivos:

- Determinar si al proporcionar el consejo breve, se modifica el patrón de consumo peligroso o dañino de alcohol, en los estudiantes de las facultades de Arquitectura, Filosofía y Letras, Economía e Ingeniería, hacia un consumo de menor riesgo.
- Analizar si hay o no diferencias entre los hombres y las mujeres respecto al consumo de copas estándar, después de la aplicación del consejo breve.
- Evaluar si el cambio en el patrón de consumo se mantiene al reforzar el consejo breve, por medio de los seguimientos.

Al final de los seguimientos se analizaron las variables de esta investigación las cuales fueron: a) variable independiente: sexo y consejo breve y b) variable dependiente: seguimientos y copas estándar. Con el propósito de conocer la relación que existe entre las variables en un contexto en particular, también se llevó a cabo un diseño longitudinal panel ya que el mismo grupo de participantes fue medido en diversos tiempos o momentos. En este tipo de diseño no solo se conocen los cambios grupales sino también los individuales.

## CAPITULO 1.

### CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

*“Adquirir desde jóvenes tales o cuales hábitos no tiene poca importancia: tiene una importancia absoluta.” Aristóteles*

En la actualidad el Instituto Nacional de Estadística asume como joven al grupo comprendido entre los 15 y 24 años, y desarrolla sobre esta demarcación toda la información que maneja y distribuye. La Subsecretaría Nacional de Asuntos Generacionales adopta para su trabajo una distribución acorde con la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) y con la división de los ciclos educativos donde el grupo de 14 a 18 años es llamado adolescente y el de 19 a 24 joven. Una aproximación semejante es la asumida por el Organismo Nacional del Menor, Mujer y Familia (ONAMFA), y por gran parte de las instituciones no gubernamentales que desarrollan su labor con adolescentes trabajadores y de la calle, cuya particularidad se halla en que su universo poblacional atendido se limita a los dieciocho años. (INEGI 2000)

Una de las características significativas de esta etapa es la importancia que adquiere el grupo de pares para el joven, donde se practica la transición entre su medio intrafamiliar y el medio extra familiar, o la sociedad de los adultos. (Farell, Danish y Howard, 1992; Lerner y Galambos, 1998; Petersen, 1988).

Los individuos que pertenecen al grupo de pares, proporcionan nuevos sistemas de valores y conductas, lo que va reemplazando paulatinamente aquellos que el joven recibió o adquirió de sus padres

La cultura puede facilitar u obstruir el ajuste del joven a los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad, y puede influir de modo que estos cambios se conviertan en motivo de orgullo o en causa de ansiedad y confusión. Pero lo

que no puede es alterar el hecho de que estos cambios se producirán y que, de alguna manera, el adolescente tiene que hacerles frente. El término pubertad proviene del latín *pubertad* (que significa edad viril) y designa la primera fase de la adolescencia, cuando se pone de manifiesto la maduración sexual.

Las capacidades cognoscitivas del joven o de la joven siguen desarrollándose también, lo mismo cuantitativa que cualitativamente, durante los años de la adolescencia. La importancia de los cambios que tienen lugar durante este período, sobre todo la aparición de la etapa de las operaciones formales, mal podría sobreestimarse. Estos cambios desempeñan un papel decisivo en lo que respecta a ayudar al adolescente a encarar las demandas creciente complejas, en materia de educación y vocación, que se le hacen.

El hecho de que ésta sea la etapa de la vida de mayor riesgo en el inicio del uso y abuso de drogas, puede explicarse por las características propias de ella, como parte de un proceso de profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales.

El Consejo Nacional de Adicciones (CONADIC, 1992) define el abuso como “El consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual”. Y Lorenzo et al, en 1998 lo definen como “cualquier consumo de droga que dañe, o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”

El abuso de alcohol y el alcoholismo son problemas serios para personas de cualquier edad, pero especialmente en los adolescentes. (North, 1991).

Según el *Informe Mundial de la Salud 2002*, el alcohol causa el 4% de la carga de morbilidad, lo cual representa 58.3 millones de años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD perdidos) y el 3.2% (1.8 millones) de todas las muertes del mundo en 2000. De entre los 26 factores de riesgo evaluados por la OMS, el alcohol fue el quinto factor de riesgo más importante en lo que respecta a muertes prematuras y discapacidades en el mundo.

En países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad como Brasil, México, Chile y otros, el consumo per cápita es similar al de los países desarrollados (9.0 de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de edad o más). El porcentaje estimado de bebedores intensos es ligeramente menor (9.1%), con un promedio similar de consumo per cápita (14.1 litros por bebedor), aunque el patrón promedio de ingesta es mayor (3.1, comparado con 2.0 litros en EE.UU. y Canadá).

La Encuesta Nacional de Adicciones (1988, 1998, 2002, 2008), señala que el abuso de alcohol se ha incrementado entre los adolescentes y jóvenes; de 1988 a 1998 disminuyó en diez años la edad de mayor consumo y la de mayor consumo excesivo, los hombres jóvenes entre 18 y 39 años están ahora en el mayor riesgo; en las mujeres los niveles de consumo son significativamente menores que entre los varones pero en este periodo los índices de consumo aumentaron en todos los grupos de edad. De 1998 a 2002, el incremento se observó entre los adolescentes entre 12 y 17 años en ambos sexos, tanto en los índices de consumo global como en la proporción que presenta síntomas de abuso y dependencia. Esto implica que además de los riesgos de accidentes, actividades sexuales riesgosas y mayor vulnerabilidad para la victimización a los que están expuestos los jóvenes cuando están intoxicados, los problemas de salud como la cirrosis y otros padecimientos crónicos, se observarán en edades más tempranas.

Poco más de tres millones y medio de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población en este grupo.

El consumo en la población urbana alcanzó el 35% (1'726,518) de la población masculina y el 25% (1'252,712) de la femenina, a razón de 1.4 varones por cada mujer. En el área rural el índice de consumo fue menor, esto es 18% (357,775) de los varones y 9.9% (185,422) de las mujeres, con una razón de una mujer por cada 1.8 hombres.

En general, la cantidad de consumo por ocasión era de 1 a 2 copas en las mujeres urbanas y en los hombres rurales; en segundo lugar apareció el consumo de 3 a 4 copas para todos los sujetos, sólo en los varones urbanos se presentó con la misma frecuencia el consumo de 5 a 7 copas.

El patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracterizó al grupo de los adolescentes, sin embargo, es importante destacar que 10.5% de los hombres adolescentes urbanos y 4.7% de los rurales reportaron consumir con patrones que incluyen altas cantidades de alcohol (5 o más copas por ocasión de consumo). Esta conducta se observó en 3.4% de las mujeres adolescentes urbanas y en 0.9 % de las rurales.

En los resultados preliminares de la ENA del 2008; los datos más sobresalientes que arroja este trabajo, es que los adolescentes entre 12 y 17 años de edad tienen más riesgo de adquirir alguna adicción. Puntualizó que la exposición a las drogas se considera como el factor de riesgo más importante para desarrollar una adicción y mientras más temprana es ésta, mayores posibilidades existen de iniciar el consumo.

Las drogas de inicio son el tabaco y el alcohol, ya que 14.7% de quienes comenzaron a fumar y 16% de los que se iniciaron en el consumo de bebidas alcohólicas antes de los 18 años, pasó a usar marihuana u otra sustancia ilegal.

El consumo excesivo episódico, definido como cinco o más tragos estándar (cualquier bebida alcohólica que contenga el equivalente de 10 gramos de alcohol puro) por ocasión (o por un periodo de dos horas) para el hombre, y cuatro o más tragos estándar para la mujer, es un patrón de uso de alcohol asociado con mayores daños físicos y emocionales, incluyendo violencia, accidentes, embarazos no planificados, sexo sin protección, ETS y VIH (Obot y Room 2005).

Recientes análisis de la Encuesta 2004 de Adicciones de Canadá describieron que el 62% del consumo de alcohol ocurría en días en los que consumían cinco o más tragos los varones y cuatro o más tragos las mujeres

(Stockwell et al. 2005). Para los jóvenes de entre 19 y 24 años, este porcentaje se elevó a casi 90%. En muchos países en vías de desarrollo de la Región, incluyendo México, Brasil, Perú, Bolivia, Uruguay, Costa Rica y Chile, el consumo excesivo episódico es particularmente elevado (beber más de cinco tragos en una sola ocasión), especialmente entre jóvenes (Villatoro et al. 2005; Medina Mora et al. 2003). -Citado en Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un caso para la acción. 2007-

En Chile, según el Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población General (2002), la tasa de consumo de alcohol, según la prevalencia del último mes, aumentó de 53,9% en 2000 a 59,1% en 2002. Este aumento es mayor en mujeres, observándose principalmente en las mujeres menores de 12 a 18 años, con un aumento equivalente al 20% aproximadamente.

Se ha estimado que en México el abuso de alcohol, por sí solo, representa el 9% del peso total de la enfermedad y que los padecimientos asociados como la cirrosis hepática, la dependencia alcohólica, las lesiones producidas por vehículos de motor, los homicidios y los suicidios representan causas importantes en cuanto a nivel de pérdida de vida saludable.

Es muy contradictorio observar cuanta información e investigaciones existen acerca del consumo de alcohol y observar que a pesar de ello cada vez hay un aumento considerable de jóvenes que consumen bebidas alcohólicas.

La nuestra es, en buena parte, una sociedad de bebedores. El tomar bebidas alcohólicas de diversos tipos constituye un comportamiento social aceptable, que afecta y abarca virtualmente todos los aspectos de nuestra cultura. (North. 1991)

Para una persona es cotidiano festejar con el consumo de alcohol. Sobre todo en los jóvenes se observa que en momentos ya sea de alegría o tristeza suelen consumir alcohol. Para ellos es la forma de pertenecer a un grupo social o desahogar sus penas, la mayoría de ellos cree que es el medio de expresar sus emociones en cada reunión a la que asisten.

La escuela constituye uno de los ámbitos relevantes donde se lleva a cabo la socialización y el desarrollo de los jóvenes; otros son la familia y el grupo de pares. El ámbito escolar es un nicho de oportunidad para desarrollar conductas saludables, pero, a su vez la inadaptación escolar puede influir en comportamientos de riesgo, entre los que figuran el consumo inmoderado de alcohol, además de conductas antisociales y alteraciones del comportamiento. (Castillo I, Balaguer I, Duda J. 2003)

El alcohol es una droga que, por lo menos a corto plazo, elimina o mitiga una amplia variedad de sentimientos desagradables. (Griffith. 1986)

Dentro de un ámbito estudiantil se crea un ambiente de diversión, fiestas, reuniones, etc. formándose un estilo de vida familiar, pasando en ocasiones más tiempo con los miembros de este grupo que el mismo hogar, siendo los amigos un aliciente para un mayor consumo de bebidas alcohólicas. La necesidad de pertenecer a un grupo de amigos propicia la realización de actos extremos como la ingesta de alcohol en cantidades exageradas.

No hay una regla social para el consumo de bebidas alcohólicas, es decir, personas de nivel económico alto así como aquellos de bajos recursos son susceptibles al abuso de alcohol.

Diversos estudios realizados en los últimos años –a partir de la década de los ochenta- demuestran que el modelo juvenil de consumo de alcohol ha adquirido unas características propias, diferentes al modelo tradicional adulto:

- a) En primer lugar, se observa un paulatino descenso en la edad de comienzo de consumo habitual de bebidas alcohólicas que, según los estudios, oscila entre los 13 y los 16 años.
- b) Existe un aumento del consumo de alcohol en la población joven durante los fines de semana y en los días festivos, es decir, durante el tiempo dedicado fundamentalmente a la evasión de los compromisos escolares y laborales.
- c) Existe un desplazamiento del consumo de vino al consumo de cerveza y a las bebidas combinadas de alta graduación.

- d) El contexto del consumo de alcohol en la población juvenil se realiza en la calle. Los jóvenes consumen alcohol en los lugares de encuentro y diversión y en compañía de los iguales, de los compañeros de su grupo, y no con personas adultas.
- e) El consumo de alcohol en los jóvenes tiene un marcado carácter social. Es una forma de pasar el tiempo libre en compañía de los amigos y de establecer relaciones sociales en el grupo. En este contexto, consumir alcohol se asocia a la necesidad de obtener reconocimiento social por parte de los iguales. El modelo de consumo juvenil se asocia, sobre todo, a las atribuciones psicoactivas del alcohol y a la búsqueda de diversiones y efectos positivos. ( Comas, 1985)

La clasificación anterior fue hecha en población de jóvenes españoles, aunque cabe mencionar que no es muy distinta al estilo de consumo de alcohol de la población mexicana, ya que la Encuesta Nacional de Adicciones (2002) menciona que hay personas que consumen alcohol desde los 12 años; aunque estos patrones de consumo también pueden modificarse de acuerdo a la edad, sexo, nivel de estudios, nivel social o ámbito escolar.

Por otro lado, una encuesta médica aplicada por la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM a 32,321 alumnos inscritos al bachillerato y a la licenciatura de la UNAM (57% de todos los alumnos de primer ingreso), con un promedio de edad al ingresar al bachillerato de 15.5 años y a la licenciatura de 18.5, mostró que 17,813 estudiantes (55%) nunca han bebido alcohol. El 45% restante (14,508 estudiantes) inició su consumo entre la edad de los 13 y los 15 años de edad, cuando se encontraban cursando el nivel secundaria.

Con respecto a la frecuencia de consumo, 41% de las mujeres y 28% de los hombres ingieren bebidas alcohólicas sólo una vez al año; 11% y 16% de los varones de bachillerato y licenciatura hacen un consumo semanal, mientras que en las mujeres es de 6% y 7% para los mismos niveles.

En México, el 21% de los estudiantes de escuelas preparatorias reportaron una ingesta de cinco o más tragos por ocasión durante el mes previo a la encuesta (Villatoro et al. 2005).

Con respecto a la intensidad de la exposición (número de copas que consumen por ocasión), hay gran diferencia entre los sexos. El 50% de las mujeres reporta consumir una o dos copas por ocasión y sólo 6% un consumo intenso. El 25% de los hombres consume de una o dos copas, mientras que el 23% toma seis o más copas por ocasión.

Quienes consumen habitualmente alcohol reportaron la convivencia como la motivación principal (71.%); 27% de los estudiantes de bachillerato y 31% de licenciatura busca el efecto placentero del sabor y de la sensación producida por el alcohol, y 11% de los estudiantes de bachillerato y el 5% de licenciatura hacen uso de esta sustancia para satisfacer la curiosidad. Los estudiantes encuestados provienen de familias en las que el 33% de los padres, el 2% de las madres y el 7% de los hermanos consumen alcohol.

Según esta muestra, la droga más consumida por los universitarios es el alcohol, seguida del tabaco. El consumo de alcohol y tabaco están íntimamente relacionados: más del 63% de los encuestados consumen ambas drogas.

En un estudio realizado en la universidad de Harvard, observaron que otros estudiantes universitarios tienen problemas cuando otros toman demasiado, los cuales son:

- Un 60.5% fue interrumpido durante sus estudios y mientras dormía
- Un 53.6% tuvo que hacerse cargo de un compañero ebrio
- Un 29.3% fue insultado o humillado
- Un 20.1% sufrió un avance sexual inapropiado (mujeres)
- Un 18.6% tuvo una discusión fuerte o algún pleito
- Un 13.6% fue víctima de daños en su propiedad
- Un 9.5% fue empujado, golpeado, o asaltado
- Un 1.3% fue víctima de acoso sexual o violación (mujeres)

Los niveles de consumo de alcohol entre los jóvenes están estrechamente relacionados con el riesgo de verse envueltos en actos violentos; así, los que empiezan a beber a edades más tempranas, beben con frecuencia y beben en grandes cantidades corren mayor riesgo de convertirse en delincuentes y en víctimas. Un estudio entre escolares suizos encontró que haberse emborrachado más de una vez se asociaba positivamente a la comisión de actos de intimidación y de violencia, si bien reducía el riesgo de ser víctima de intimidación, sobre todo entre individuos socialmente integrados.

### 1.1 Efectos y consecuencias del abuso de alcohol en universitarios

En México nadie niega actualmente el impacto que el consumo de alcohol tiene en la salud pública de sus habitantes. Las soluciones varían de acuerdo con la ideología y el interés del sector que las propone, por que en materia de alcohol la unanimidad de las opiniones se conserva al señalar el mal pero es un verdadero caos cuando se intenta elegir la manera de solucionarlo. Solo se mencionaran algunos efectos y de forma general, ya que es muy amplio el tema de abuso de alcohol, por lo cual sus efectos suelen ser interminables.

La absorción del alcohol por el organismo esta determinada por varios factores: la graduación o concentración de alcohol de la bebida; la presencia de comida en el estómago; el peso del individuo (menor peso implica mayor absorción); el sexo (las mujeres son más sensibles); y la habituación (estados avanzados de alcoholismo reducen la tolerancia al alcohol) entre otros.

Se pueden considerar dos tipos de intoxicación debida al consumo de alcohol:

La Intoxicación Aguda es la ocasionada por la ingestión masiva de alcohol, la absorción del alcohol por el organismo está determinada por:

- La graduación: concentración de alcohol en la bebida
- La composición química de las bebidas: puede favorecer la absorción del alcohol

- La presencia de comida en el estómago
- El peso del sujeto: menos peso mas absorción
- El sexo: las mujeres son más sensibles
- La habituación: estados avanzados de alcoholismo reducen la tolerancia al alcohol.

Una vez absorbido el alcohol, es metabolizado en una compleja serie de reacciones. Estos son algunos de los efectos inmediatos que produce la ingesta de alcohol en exceso:

- Fase prodrómica (0,25 gr./l -0,3 gr./l ). En ella el individuo percibe un cambio en su estado mental. Determinadas pruebas psicomotrices y de aptitud han revelado alteraciones que afectan a la percepción de los sentidos y una disminución de los reflejos.
- Fase de excitación (0,3 gr. / 1,5 gr./l). En ella se produce una pérdida de la inhibición y la pérdida del autocontrol, con parálisis progresiva de los procesos mentales más complejos. Este es el primer estado que puede comportar cambios de personalidad.
- Fase de incoordinación (1,5 gr. /l - 3 gr./l), caracterizada por temblor, confusión mental, incoordinación motriz lo que provoca generalmente que la persona acabe por dormirse.
- Fase de coma etílico y muerte (+3 gr./l).

La intoxicación aguda se manifiesta inicialmente con grados variables de excitación y pérdida de las inhibiciones, locuacidad, lenguaje pastoso, ataxia e incoordinación motora. El cuadro de intoxicación puede progresar con irritabilidad, somnolencia, incontinencia de esfínteres, estupor y grados variables de inhibición de la conciencia

Los primeros efectos etílicos aparecen 10 minutos después de consumir una bebida y alcanzan su máximo punto en un lapso de 40 a 60 minutos.

Debido a las diferencias fisiológicas relacionadas con el género, cuando una mujer ingiere la misma cantidad de alcohol que un hombre, ésta presenta una concentración más alta de dicha sustancia en la sangre.

CONADIC señala algunos efectos del consumo de alcohol:

- El principal motivo (24.8%) que genera violencia contra las mujeres es el consumo del alcohol de su pareja.
- En más de la mitad de las muertes por homicidio (56.74%), la víctima se encontraba intoxicada con alcohol etílico.
- Del total de suicidios, un 76.9% de las víctimas se había intoxicado con alcohol.
- De las víctimas de muerte por accidente en el trabajo, el 10.6 % había ingerido alcohol.
- Los accidentes en la vía pública estuvieron relacionados con la ingestión de alcohol en un 45% y la relación hombre mujer fue de 43 a 1.
- En una de cada 5 personas que ingresa a salas de urgencias en nuestro país (21 %) presentan niveles positivos de alcohol en sangre, el doble que en Estados Unidos.

Intoxicación Crónica.

Provocada por intoxicaciones agudas repetidas o excesivas y un continuo consumo de alcohol, la enfermedad dependerá del hábito de beber de cada individuo. El beber consistentemente y en forma sostenida puede con el transcurso del tiempo causar síntomas de supresión durante los períodos de no tomar y un sentido de dependencia, pero esta dependencia física no es la única causa del alcoholismo. Estudios sobre las personas con enfermedades crónicas quienes han tomado medicamentos para el dolor durante mucho tiempo han encontrado que una vez que estas personas resisten el proceso de retiro físico, a menudo pierden todo deseo para los medicamentos que habían

estado tomando. Para desarrollar alcoholismo, otros factores generalmente juegan un rol, incluyendo la biología y la genética, la cultura y la psicología.

## 1.2 Daños del consumo de alcohol.

### Fisiológicos

El alcohol es un anestésico, su acción opera primero sobre los centros superiores del cerebro que controlan el pensamiento y la emoción; cuando la cantidad se incrementa la acción alcanza los centros profundos que tienen por responsabilidad funciones vitales como la respiración.

Afecta en primer lugar al Sistema Nervioso Central y su ingesta excesiva y prolongada puede provocar daño cerebral. Popularmente se cree que el alcohol incrementa la excitación, pero en realidad deprime muchos centros cerebrales. La sensación de excitación se debe precisamente a que al deprimirse algunos centros cerebrales se reducen las tensiones y las inhibiciones y la persona experimenta sensaciones expandidas de sociabilidad o euforia. En el cerebro, un grupo pequeño de mensajeros químicos, conocidos como neurotransmisores, es responsable de los cambios en el comportamiento después de beber alcohol. De interés especial para los investigadores son el neurotransmisor ácido aminobutérico gamma (GABA, gamma aminobutyric acid), la dopamina y la serotonina.

Sin embargo, si la concentración de alcohol excede ciertos niveles en la sangre, interfiere con los procesos mentales superiores de modo que la percepción visual es distorsionada, la coordinación motora, el balance, el lenguaje y la visión sufren también fuertes deterioros. Fuertes cantidades de alcohol reducen el dolor y molestias corporales e inducen al sueño. Pero su uso continuo irrita las paredes estomacales llegando incluso a desarrollarse úlceras. Adicionalmente tiende a acumularse grasa en el hígado, interfiriendo con su funcionamiento.

En alcohólicos crónicos se provocan graves trastornos cerebrales, hepáticos (cirrosis) y cardiovasculares (aumenta la presión sanguínea y con ello el riesgo de un infarto). Incluso, está demostrado que el alcohol incrementa el nivel de los triglicéridos (grasa no saturada o vegetal en las arterias) y con ello también el riesgo de un infarto. Finalmente, como es ampliamente conocido, el alcohol provoca adicción física y dependencia psicológica. Una copa de whisky proporciona cerca de la mitad de las calorías diarias que necesita un adulto, pero no tiene valor nutritivo, es decir, no sacia, por lo que es requerida la ingesta de más nutrientes, provocando el aumento de peso.

### Psicológicos

El uso habitual del alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo depresión clínica, confusión y, en los casos graves, psicosis y trastornos mentales. A su vez, el alcohol se puede convertir en una sustancia aún más tóxica, el acetaldehído, que puede causar daño sustancial, incluyendo cirrosis en 10% de personas con alcoholismo. El daño hepático es más común y se desarrolla más rápidamente en las mujeres que en los hombres.

Eduardo Menéndez, indica que, en trabajos realizados por Jellinek y McFarland en 1943, resumen la evidencia de que el cuadro psicológico de los efectos del alcohol es el de reducir la eficiencia, algunas de estas funciones depresivas son, el deterioro de la agudeza sensorial, los deslices en la discriminación y las perturbaciones en la coordinación motora. Un efecto de especial interés teórico es la depresión de los reflejos sexuales; en sus aspectos fisiológicos el alcohol constituye un sedante.

El riesgo para el alcoholismo en los hijos de padres alcohólicos es un 25%. El enlace familiar es más débil para las mujeres, pero los factores genéticos contribuyen a esta enfermedad en ambos géneros. Una familia y una salud psicológica estables no son protectoras en las personas con un riesgo genético.

Las personas con antecedentes familiares de alcoholismo tienen mayor probabilidad de empezar a beber antes de la edad de 19 años y de volverse alcohólicas. Pero cualquier persona que empieza a beber en la adolescencia está en mayor riesgo. Bebiendo temprano también aumenta el riesgo para el abuso de drogas.

Efectos psicológicos sobre los niños.

Casi siete millones de niños viven en hogares con al menos un padre alcohólico. El alcoholismo aumenta el riesgo para el comportamiento y el abuso violentos. Los niños de padres alcohólicos tienden a responder peor que otros académicamente, tener una incidencia mayor de depresión, ansiedad y estrés y tener un autoestima inferior que otros niños. Los hogares alcohólicos son menos cohesivos, tienen más conflictos y sus miembros son menos independientes y expresivos que en los hogares no alcohólicos o con padres alcohólicos en recuperación. Además del riesgo hereditario para el alcoholismo posterior, un estudio encontró que 41% de estos niños tenían graves problemas de hacer frente con las cosas y adaptarse; los efectos de un padre alcohólico sobre los niños pueden ser de toda la vida. Un estudio encontró que los niños que se diagnosticaron con depresión principal entre las edades de seis y 12 años tenían mayor probabilidad de tener a padres o parientes alcohólicos que los niños que no estaban deprimidos. Los niños con trastorno bipolar fueron tres veces más probables de tener una madre dependiente del alcohol, y los niños que sufrían de la depresión más probables de tener un padre que fue alcohólico. Hay unos 20 millones de niños adultos de padres alcohólicos, quienes, un estudio sugirió, están en mayor riesgo para dejar un matrimonio y para los síntomas psiquiátricos. El estudio concluyó que los únicos sucesos con mayor repercusión psicológica en los niños son los abusos sexual y físico.

Factores genéticos.

En las personas con alcoholismo severo, los investigadores han ubicado un gen que afecta la función de una estructura de nervio-célula conocida como

receptor de dopamina D2 (DRD2), el cual, a su vez, influye la actividad de dopamina. Este gen también se encuentra en las personas con el trastorno de déficit de atención, quienes tienen un mayor riesgo para el alcoholismo, y es también presente en las personas con el síndrome de Tourette y autismo. La asociación de este gen con estos problemas neurológicos conduce a algunos expertos a creer que el gen receptor de dopamina D2 no es una causa primaria del alcoholismo, pero que las personas con este gen tienen mayor probabilidad de beber para tratar los síntomas psicológicos y conductuales de sus trastornos neurológicos. Además, un estudio principal no encontró alguna conexión en lo absoluto entre el gen DRD2 y el alcoholismo. Se necesita más trabajo en esta área.

#### Depresión y ansiedad.

Algunas personas beben para aliviar la ansiedad o la depresión, y se han propuesto en teorías sobre el hecho de que una tendencia hereditaria para la depresión o la ansiedad puede hacer a personas más propensas al alcoholismo. Estudios han indicado, sin embargo, que cuando los niños de padres alcohólicos son criados por padres no alcohólicos, sus riesgos para el alcoholismo permanecen altos pero oportunidades para la depresión o la ansiedad no son mayores que las de la población general. En efecto, la ansiedad y la depresión mismas son causadas por el alcoholismo y pueden ser reducidas después de la supresión del alcohol. La depresión y la ansiedad también pueden desempeñar una función principal en el desarrollo de alcoholismo en los ancianos y en otros quienes son sujetos a cambios de vida no deseados, como la jubilación, la pérdida de un cónyuge o amigo(a) y los problemas médicos.

La mayoría de los jóvenes toman bebidas alcohólicas:

- Para sentirse bien y divertirse.
- Para descansar y olvidar el estrés.
- Para escapar.
- Porque les gusta el sabor de las bebidas alcohólicas.

- Para estar más a gusto en reuniones.
- Para ser parte del grupo.
- Para experimentar los efectos.

#### Grupo étnico y condiciones sociales.

Las diferencias étnicas afectan a la sensibilidad. Aunque las razones biológicas por el riesgo alterado no se saben, las personas en ciertos grupos pueden estar en un riesgo menor debido a la manera en que metabolizan el alcohol. Algunos asiáticos tienen un gen inactivo para la química dehidrogenasa de alcohol. Este producto químico es usado por el cuerpo para metabolizar el alcohol etílico, y en su ausencia, las sustancias tóxicas se acumulan causando rubor, mareo y náusea. Las personas con este defecto genético, entonces, tienen probabilidad de experimentar reacciones adversas al alcohol. Este defecto no es completamente protector contra el beber, sin embargo, particularmente si hay presión social agregada, como entre los miembros de grupos de fraternidad de la universidad. Los riesgos para el alcoholismo son mayores en las personas con niveles educativos inferiores y en las personas que fueron desempleadas.

Cerca de 200,000 defunciones al año pueden ser completamente o parcialmente atribuidas al beber. El alcoholismo puede matar en muchas maneras diferentes. En total, reduce la esperanza de vida por 10 a 12 años. Entre más temprano una persona empieza a beber grandes cantidades de alcohol en gran medida, mayores serán sus perspectivas de desarrollar enfermedades graves más adelante.

La sobredosis: El alcohol es una droga y personas pueden morir de la sobredosis. Esto es un peligro específico para los adolescentes que pueden querer impresionar a sus amigos con su capacidad para beber alcohol pero que todavía no pueden medir los efectos.

Accidentes y violencia: El alcohol juega una función mayor en más de la mitad de todas las muertes por accidentes automovilísticos. Menos de dos bebidas

pueden deteriorar la capacidad para conducir. El alcohol también aumenta el riesgo para las lesiones accidentales resultando de muchas otras causas. Un estudio de los pacientes en una sala de emergencias informó que 47% de las personas que fueron admitidas para lesiones probaron positivas para el alcohol y 35% estaban intoxicadas. De las personas que estaban intoxicadas, 75% mostraron evidencia de alcoholismo crónico. Esta enfermedad es el diagnóstico primario en una cuarta parte de todas las personas que se suicidan; el alcohol se implica en 67% de todos los asesinatos.

Problemas médicos: El alcoholismo puede dañar el cuerpo en tantas maneras, que es imposible tratar estos problemas plenamente en un informe corto. Lo siguiente son sólo algunos de los trastornos causados por el consumo crónico del alcohol:

*Cardiopatía.* Aunque el consumo moderado del alcohol parece reducir el riesgo de los ataques cardíacos al mejorar los niveles de colesterol, dosis más grandes de alcohol pueden desencadenar latidos del corazón irregulares y aumentar la presión arterial hasta en personas sin una historia de cardiopatía. Un estimado 11% de todos los casos de hipertensión son causados por una ingesta alcohólica excesiva. El abuso crónico del alcohol también puede lesionar el músculo del corazón que conduce a la insuficiencia cardiaca; las mujeres son particularmente vulnerables a este trastorno.

*El cáncer.* El alcohol quizás no cause cáncer, pero probablemente puede realzar los efectos carcinogénicos de otras sustancias, como el humo de cigarrillos. Cerca de 75% de cánceres del esófago y 50% de cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo. El alcoholismo también se asocia con un mayor riesgo para los cánceres colorrectales. El tabaquismo combinado con el beber realza los riesgos para todos estos cánceres extraordinariamente. El riesgo para el cáncer hepático aumenta en los alcohólicos y hasta el beber moderadamente -tres a nueve bebidas a la semana en mujeres y 4 a 12 a la semana en hombres- puede aumentar las perspectivas del desarrollo del cáncer de mama en las mujeres.

*Trastornos mentales y neurológicos.* El uso habitual del alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo depresión clínica, confusión y, en los casos graves, psicosis y trastornos mentales. El alcohol también puede causar problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y cefalea (dolores de cabeza) (especialmente después de beber vino rojo). Excepto en los casos graves, el daño neurológico no es permanente y la abstinencia casi siempre conduce a la recuperación de la función mental normal.

*Problemas gastrointestinales (del tubo digestivo).* El hígado en particular es puesto en peligro por el alcohol. Aquí, el alcohol se convierte en una sustancia aún más tóxica, acetaldehído, que puede causar daño sustancial, incluyendo cirrosis en 10% de personas con alcoholismo. El daño hepático es más común y se desarrolla más rápidamente en las mujeres que en los hombres con historias similares del abuso de alcohol. Dentro del tracto gastrointestinal, el alcohol puede contribuir a la causa de úlceras y de pancreatitis, una grave infección del páncreas. En una escala menor, puede causar diarrea y hemorroides.

*Trastornos de la piel, musculares y óseos.* El alcoholismo severo se asocia con la osteoporosis, la emaciación de los músculos con hinchazones y dolor, las heridas de la piel y comezón. Además, parece que las mujeres dependientes del alcohol confrontan un mayor riesgo para el daño a los músculos, incluyendo músculos del corazón, por los efectos tóxicos del alcohol.

*Las infecciones.* El alcohol suprime el sistema inmunitario y las personas con alcoholismo son propensas a las infecciones, en particular a la neumonía.

*Problemas sexuales.* El alcoholismo aumenta los niveles de la hormona femenina estrógeno y reduce los niveles de la hormona masculina testosterona, factores que contribuyen a la impotencia en los hombres.

*El tabaquismo.* Un estudio reciente concluye que alcohólicos que fuman se enfrentan con un riesgo mayor del tabaco que del alcohol. El tabaquismo es 2 a 3 veces tan prevalente entre las personas que abusan sustancias que la población general; se cree que alcohólicos constituyen una cuarta parte de todos los fumadores. Más alcohólicos mueren de enfermedades relacionadas con el tabaco, como la cardiopatía o el cáncer, que de la enfermedad hepática crónica, la cirrosis, u otras enfermedades relacionadas con el beber excesivamente.

*La diabetes.* El alcohol puede causar hipoglucemia, una disminución en el azúcar sanguíneo, que es especialmente peligrosa para las personas con diabetes que están tomando insulina. Las personas que están intoxicadas quizás no puedan reconocer los síntomas de la hipoglicemia, una enfermedad particularmente peligrosa.

*La malnutrición y el síndrome de Wernicke-Korsakoff.* Una pinta de whisky proporciona cerca de la mitad de las calorías diarias que necesita un adulto, pero no tiene valor nutritivo. Además de reemplazar los alimentos, el alcohol también puede dificultar la absorción de las proteínas, las vitaminas y otros nutrientes. La malnutrición puede causar muchos problemas en las personas con alcoholismo, pero la carencia de la vitamina B tiamina es un riesgo específico. Puede dar lugar a una grave enfermedad, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, el cual puede causar daño cerebral permanente y la muerte. En un estudio, 40% de las personas con este síndrome murieron durante el tratamiento del alcoholismo. Los síntomas son el tambaleo severo, la confusión y la pérdida de la memoria. Otro problema nutricional grave es la carencia de la vitamina B y ácido fólico, lo cual puede causar anemia severa.

*Síndrome de dificultad respiratoria agudo.* El síndrome de dificultad respiratoria agudo (ARDS, acute respiratory distress syndrome) es a veces una forma mortal de la insuficiencia del pulmón que puede ser causada por varias afecciones médicas (incluyendo la cirugía del baipás del corazón y del pulmón, una infección severa, el trauma, las transfusiones de sangre, la

neumonía y otras infecciones del pulmón). Un estudio reciente indica que los pacientes de terapia intensiva con unos antecedentes del abuso de alcohol tienen un riesgo significativamente mayor para el desarrollo de ARDS durante la hospitalización.

*Interacciones de medicamentos.* Los efectos de muchos medicamentos son fortalecidos por el alcohol, mientras que otros son inhibidos. De importancia especial es su efecto de refuerzo sobre los medicamentos que también deprimen el sistema nervioso central, incluyendo medicamentos de antiansiedad, sedativos, antidepresivos y antipsicóticos. El alcohol interactúa con muchos medicamentos usados por diabéticos. Dificulta los medicamentos que previenen las crisis convulsivas y con aquellos usados para prevenir la coagulación de la sangre. Aumenta el riesgo para la hemorragia del tubo gastrointestinal en las personas que toman aspirina u otros medicamentos inflamatorios sin esteroides. En otras palabras, tomando casi cualquier medicación debe excluir el beber alcohol.

*Embarazo y desarrollo infantil.* Hasta las cantidades moderadas de alcohol pueden tener efectos dañinos sobre el feto en desarrollo, incluyendo bajo peso al nacer y un mayor riesgo para el aborto espontáneo. Las cantidades altas pueden causar síndrome alcohólico fetal, que puede dar lugar al daño cerebral y tanto al retardo mental como al del crecimiento. Un estudio reciente indica un riesgo significativamente mayor para la leucemia en los lactantes de mujeres que beben cualquier tipo de alcohol durante el embarazo.

*Problemas para las personas mayores.* Conforme envejecen las personas el cuerpo metaboliza el alcohol de manera diferente. Toma menos bebidas para intoxicarse, y los órganos pueden ser dañados por cantidades más pequeñas de alcohol. En un estudio de personas con cirrosis alcohólica, la tasa de mortalidad para las personas mayores de 60 años de edad fue 50% comparado con sólo 7% para los jóvenes. Además, hasta una mitad de los 100 medicamentos más prescritos para las personas mayores reacciona negativamente con el alcohol. Los médicos pueden pasar por alto el

alcoholismo al evaluar a los pacientes ancianos, atribuyendo equivocadamente los signos del abuso de alcohol a los efectos normales del proceso de envejecimiento.

*Costos económicos.* Las personas aumentan su consumo de alcohol lo que provoca que sus gastos sean mayores.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Prevalencia de Consumo de Drogas y Alcohol entre Estudiantes de Educación Media y Media Superior del D.F., 23% de los encuestados consume 5 copas o más por ocasión, por lo menos una vez al mes, lo que representa un gran riesgo en cuanto a accidentes vehiculares. En la misma encuesta, 3% de la población manifestó haber manejado un automóvil o una motocicleta mientras bebía o justo después de haberlo hecho, en tanto que 5% reportó haber sufrido accidentes como caídas, fracturas o golpes.

Otros estudios indican que los menores compran las bebidas alcohólicas sin que les sea solicitada identificación alguna para verificar su edad, o las sustraen de sus hogares, la mayoría de las veces con el conocimiento de sus padres. Un dato importante es que 10% de los estudiantes de la encuesta reportó que su padre tenía problemas con su manera de beber.

En general, los adolescentes consumen bebidas alcohólicas en fiestas, discotecas, restaurantes y bares. En algunos establecimientos se observa la relación entre ciertas prácticas comerciales como los concursos, las promociones y las barras libres con la embriaguez de los asistentes, que con frecuencia incluyen a menores de edad. Asimismo, existe un elevado índice de adolescentes que conducen en estado de intoxicación y que no usan el cinturón de seguridad (72%).

Actualmente se sabe que la forma en que se percibe el riesgo se relaciona directamente con la probabilidad de experimentar con el uso de alcohol y otras drogas. En el caso de las sustancias ilegales, cinco y cuatro de

cada 100 estudiantes de escuelas de enseñanza media y media superior, respectivamente, no consideran riesgoso el consumo de marihuana, cocaína y heroína. En cuanto al alcohol, la percepción del riesgo es mucho menor; uno de cada 10 considera que beber 5 ó más copas por ocasión una o dos veces por semana no es peligroso. La percepción de riesgo es un fenómeno complejo mediado por factores sociales, culturales, creencias, actitudes personales y niveles de conocimiento, y ha sido utilizado como un indicador epidemiológico de la progresión, debido a su potencial para pronosticar el consumo subsecuente. Por otra parte, la percepción de riesgo es mayor entre las mujeres, tanto en lo referente al consumo excesivo de alcohol, como al uso de otras sustancias psicoactivas.

De acuerdo con la psicóloga Maldonado (2005), del Consejo Estatal de Michoacán contra las Adicciones de la SSA, el 80 por ciento de los suicidios está vinculado con algún tipo de droga, predominantemente el alcohol. Los adolescentes no tienen una mentalidad concluida ya que alrededor de los 25 años finaliza el desarrollo cerebral. Las edades promedio de los suicidas van de los 15 a los 25 años y mayores de 65. Los jóvenes que han cruzado la barrera de los 20 años sin haber consumido drogas, tienen un factor de protección adicional.

La SSA ha hecho llamados a los padres de familia para observar las conductas de sus hijos: la forma de vestir, comportamiento, amistades; ya que cualquier cambio en sus rendimientos escolares son significativos cuando existe consumo de sustancias. (Maldonado, 2005)

## **CAPITULO 2.**

### **INVESTIGACIONES SOBRE ALCOHOLISMO EN JÓVENES**

La importancia de los estudios del consumo de alcohol en los jóvenes y su prevención se ha incrementado debido a que se ha observado la asociación de diversos problemas con efectos y/o consecuencias negativas.

Las fuentes de información epidemiológica más importantes son: 1) las encuestas de población estudiantil; 2) las encuestas de población general; 3) las encuestas en grupos de alto riesgo, 4) las encuestas en población institucionalizada, 5) las estadísticas sobre disponibilidad y consecuencias sociales y de salud, 6) los sistemas de reporte.

Los estudios en población estudiantil permiten responder a preguntas básicas sobre: I) la extensión, magnitud y tendencias del problema, sobre las drogas que se están utilizando, sobre los subgrupos de la población más afectadas y sobre las consecuencias de uso. II) Nos permiten conocer la asociación que existe entre el uso de drogas y otros problemas como es la conducta antisocial. III) A partir de sus resultados, puede conocerse la asociación entre uso de drogas y factores sociales tales como la percepción de riesgo que implica usar diferentes tipos de drogas, de la tolerancia social frente al uso, de las consecuencias del consumo en el ambiente escolar, etc. y IV) su asociación con factores internos del individuo como es la autoestima y los problemas emocionales, entre otros. (CENCA. Berruecos, et al. 1994)

Tienen la ventaja de que se ocupan de un universo conocido, esto es, estudiantes matriculados que pueden abordarse en su medio escolar, resulta relativamente sencillo seleccionar muestras no sesgadas.

En un estudio realizado por Medina-Mora en 1995 en la Ciudad de Pachuca Hidalgo, encontraron que el índice de problemas que se asocian con el consumo de alcohol incrementa conforme aumenta el número de copas que beben. Los adolescentes que reportaron haber consumido 5 copas o más por ocasión en el último mes presentaron más problemas en la escuela, con los

padres, intento suicida; problemas de conducta antisocial tales como tomar parte en riñas o tomar mercancía sin pagarla, riesgos de sufrir accidentes automovilísticos; además de que, el abuso de alcohol incrementó el riesgo de abusar de otras sustancias.

El consumo de sustancias entre los estudiantes del Distrito Federal que se observan en la última encuesta realizada (Villatoro et al., 2002), reportó que 61.4 % de los estudiantes ha usado alcohol alguna vez en su vida, 31.9% lo consumió en el último mes y el indicador del abuso del alcohol (5 o más copas en cada ocasión en el último mes) se presentó en el 21.4% de los estudiantes. Esto quiere decir que al menos uno de cada cinco estudiantes se emborrachó por lo menos una vez al mes. En cuanto a género, la población masculina (34.0%) resultó más afectada que la población femenina (29.9%). Con relación a la edad, el porcentaje de consumidores de 14 años en el último mes (20.3%), fue mucho menor que los adolescentes que tienen 18 años o más (58%).

En la temporada navideña, más del 40 por ciento de las bebidas alcohólicas en México son falsas o no reúnen las condiciones sanitarias que señala la ley. Los estados de la república donde más se producen bebidas adulteradas son el Distrito Federal, Estado de México y Jalisco, mientras que Cancún Quintana Roo es el principal consumidor de éstas.

Este tipo de bebidas se comercializan principalmente en los tianguis, lugares como el barrio de Tepito y establecimientos con las llamadas barras libres donde tienen precios muy inferiores al de las originales. Las bebidas más adulteradas son el tequila, ron y en fechas recientes, bebidas muy caras como coñac y whisky. Tomar una bebida adulterada puede provocar desde un estado generalizado de malestar hasta fallas cardíacas y la muerte. (Crónica. Luis A Caso. 2005)

Secades y Fernández en 2001 mencionan que los estudios que investigan la vulnerabilidad biológica han empleado diferentes métodos para verificar el grado de heredabilidad del alcoholismo: estudios de gemelos, estudios de adopción y estudios prospectivos en familias.

En los estudios de gemelos se compara la presencia de alcoholismo entre hermanos gemelos dizigóticos (con similitud genética media del 50%) y hermanos gemelos monozigóticos (con el 100% de similitud genética), asumiendo que el grado de similitud ambiental es aproximadamente el mismo.

Secades y Fernández (2003), indican que en diversos estudios con gemelos (Crabbe, McSwigan y Belknap, 1985; Millar, Guttman y Charla, 1997) han confirmado casi siempre la heredabilidad del abuso del consumo de alcohol, mediante la constancia de que los gemelos monozigóticos tienen una tasa de concordancia con el alcoholismo mayor que los gemelos dizigóticos. Uno de los estudios más relevantes fue el realizado por Hrubec y Omenn (1981), sobre más de 15000 pares de gemelos. La heredabilidad encontrada se situó entre 57 y 72%.

En otro estudio reciente llevado a cabo con 3,516 pares de gemelos, Prescott y Kendler (1999) concluyen que entre el 48% y el 58% de la variabilidad de los casos de alcoholismo es atribuible a factores genéticos.

En otros estudios, las sustancias de abuso exhiben la capacidad de producir alteraciones en la función cerebral del individuo que se traducen por cambios del humor.

Los péptidos opioides endógenos poseen una serie de funciones relacionados con el apetito, con el control del dolor, con la inmunomodulación (Vaccarino y cols., 1999), con las respuestas al estrés, considerándose además como las sustancias responsables de la recompensa natural que producen la ingesta, la bebida, la conducta de interacción social, el juego o el sexo. El empleo de antagonistas opiáceos, como naloxona o naltrexona, atenúa las propiedades reforzadoras de estos estímulos, por lo que puede postularse que los opioides endógenos desempeñan un importante papel en los mecanismos de recompensa ante estímulos naturales.

En la actualidad, existen múltiples evidencias que sugieren que este sistema forma parte de los neurocircuitos responsables del alcoholismo. Algunos estudios experimentales ponen de manifiesto que los antagonistas de

receptores opioides, disminuyen la autoadministración de etanol en diversas especies de animales de experimentación. Múltiples ensayos clínicos demuestran que la naltrexona disminuye el consumo, la avidez y la tasa de recaídas en individuos alcohólicos.

## 2.1 investigaciones acerca de las intervenciones breves.

El National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, 2005), menciona una investigación llevado a cabo por Moyer, Finney, Swearingen y Vergun, 2002; en el cual observaron 34 estudios diferentes donde las personas que recibieron intervenciones breves en los cuales estaban siendo tratados por otras condiciones siempre mostraron una mayor reducción en el consumo de alcohol que los grupos comparables que no recibieron la intervención. Estos resultados muestran que las intervenciones breves pueden ser una manera eficaz de reducir el consumo, especialmente entre las personas que no tienen problemas de alcoholismo grave y requieren un tratamiento más intensivo.

Larimer y Cronce examinaron los esfuerzos de intervenciones individuales entre los estudiantes universitarios entre 1984 y 1999 y encontraron pruebas sólidas para apoyar el uso de intervenciones breves de motivación. Estas intervenciones son especialmente útiles en los entornos universitarios, ya que a menudo se centran en moderar el consumo de alcohol de una persona a niveles razonables y eliminar las prácticas de consumo nocivo de alcohol. (NIAAA, 2005)

En otros estudios (Schau, Sole, McCo, Mullett, y O'Brien 2009), se probó la efectividad de las intervenciones breves de atención primaria, en estudiantes universitarios que presentaban consumo de alto riesgo. Se llevo a cabo entre el mes de noviembre de 2005 y agosto de 2006, donde de 8,753 estudiantes a los cuales se les aplicaron diversas pruebas para saber si su consumo era de alto riesgo; 2,484 resultaron con consumo de alto riesgo, de estos 383 aceptaron participar en la aplicación de la intervención breve (52%

eran mujeres y 48% hombres), aleatoriamente fueron asignados a un grupo control (N= 182) o a un grupo experimental (N=181). Los participantes en el grupo experimental recibieron dos sesiones de la intervención de corta duración basados en técnicas con entrevistas motivacionales. Se concluyó que las intervenciones breves aplicadas a los estudiantes de alto riesgo pueden inducir disminución considerable en el consumo de alcohol así como en los daños relacionados con el alcohol.

De igual forma la OMS apoyó un proyecto para evaluar una intervención breve en diez países, con culturas y sistemas de salud diferentes. La meta era determinar si la intervención breve podía demostrar una reducción en los niveles de consumo de alcohol, así como una de los efectos en la salud, asociados con el consumo excesivo de alcohol; un total de 1655 sujetos participaron (1,336 fueron hombres, y 299 mujeres).

En el diseño central el grupo experimental tuvo una entrevista en la que se reportaban aspectos de la salud y de los efectos negativos que el abuso de bebidas alcohólicas tenía en ella. La sesión duraba 20 minutos y se hizo un seguimiento a los 6 meses, obteniendo resultados significativos en la reducción del consumo del alcohol y una reducción en la frecuencia de consumo. (Babor, 1987)

En Oxford; Inglaterra, se condujo un estudio para evaluar la eficacia de una sola sesión de orientación breve en hombres de entre 18 y 69 años que bebían más de 20 copas de alcohol por semana. Se encontró en el grupo experimental un decremento significativo en el consumo de alcohol. (Anderson., Scout, 1993)

### 2.1.1 Efectividad de las Intervenciones Breves

Las personas en las que se ha detectado consumo de riesgo o consumo peligroso de alcohol deben recibir una intervención breve, cuya efectividad y coste-efectividad está probada en numerosos estudios tanto a nivel internacional como nacional. Según la revisión de Whilock et al (2004), esta

intervención breve duraría aproximadamente de 10 a 15 minutos e incluiría valoración y explicación, dar un folleto de autoayuda y el ofrecimiento de una visita de seguimiento en una o dos semanas.

Se han realizado numerosos estudios sobre la intervención breve (Ministerio de sanidad y consumo. 2008), en diversos países, principalmente en atención primaria de salud, y han sido sistematizados en varias revisiones sistemáticas, entre ellas las siguientes:

- Bien et al consideraron 32 estudios controlados con alrededor de 6.000 pacientes y encontraron que las intervenciones breves eran, a menudo, más efectivas que los tratamientos más intensivos
- Kahan et al revisaron 11 ensayos sobre intervención breve y concluyeron que el impacto en la salud pública de estas intervenciones podía ser enorme, aunque aún se necesitaba más investigación sobre algunos aspectos concretos.
- La revisión de Wilk et al sobre 12 ensayos clínicos aleatorios concluyó que las personas que recibieron la intervención breve era aproximadamente dos veces más probable que redujeran su consumo, durante 6 a 12 meses, que los que no recibieron la intervención.
- Moyer et al revisaron 34 estudios que comparaban la intervención breve frente a la no intervención en contextos no especializados, mostrando un efecto desde pequeño a moderado en los diferentes puntos de seguimiento. Esta revisión incluyó, además, la comparación de la intervención breve con intervenciones más intensivas en unidades especializadas y, para ello, se revisaron 20 estudios que no mostraron diferencias significativas entre ambas para la mayoría de los resultados estudiados (a excepción del consumo de alcohol a los 3-6 meses en el que las intervenciones más intensivas obtuvieron mejores resultados). La intervención breve se mostró efectiva, especialmente, en las personas con problemas menos severos y podía servir también como un

tratamiento inicial para los más severos que necesitaban, después, un tratamiento más intensivo.

- Bertholet y col. en una revisión sistemática y metaanálisis sobre el tema, concluyen que las intervenciones breves son efectivas, tanto para hombres como para mujeres, en reducir el consumo de alcohol a los 6 y 12 meses, incluso en períodos superiores.

Estudios realizados sobre estudiantes de alto riesgo y jóvenes con el objetivo principal de reducir los daños relacionados con el consumo de grandes cantidades de alcohol han mostrado también una reducción de consumo.

## **CAPITULO 3.**

### **TEORÍAS SOBRE EL ALCOHOLISMO**

Uno de los primeros psicólogos en formular una teoría de la adolescencia fue G. Stanley Hall (1916) este autor retomó la teoría de la evolución biológica de Darwin para elaborar la teoría Psicológica de la Recapitulación, según la cual el sujeto, en el transcurso de su desarrollo, atraviesa por etapas que corresponden a aquellas que se dieron durante la historia de la humanidad, lo cual está determinado fisiológica y genéticamente. De esta manera, Hall sostenía que algunos tipos de conducta socialmente inaceptables – característicos de fases históricas del pasado- deben ser tolerados por padres y educadores, puesto que son etapas necesarias del desarrollo social. Según esta teoría, los cambios físicos mas importantes de esta etapa ocasionan cambios psicológicos, por lo que la necesidad de los adolescentes para adaptarse a su cuerpo en proceso de cambio, llevan a un periodo de “tormenta y estrés”, que se describe como un periodo de emociones abruptas, fuertes y muy variables (Delval, 1994; Muss, 1999).

#### **3.1 Teoría biológica**

Las teorías fisiológicas postulan una perturbación básica de la química del cuerpo, la cual lleva a un estado de deficiencia que se alivia temporalmente mediante la ingestión de alcohol.

La teoría de la deficiencia nutricional propuesta por Mardones y por Williams a mediados del siglo pasado, afirma que algunos individuos tienen una marcada deficiencia de elementos nutricionales básicos. El consumo de alcohol aumentaría en función de la carencia de estas vitaminas esenciales. La teoría de la deficiencia nutricional como factor causal de la bebida no ha tenido demasiado apoyo de la investigación experimental.

Se tiende a pensar que existe cierto grado de vulnerabilidad genética para la tendencia al alcoholismo, siempre que se den las condiciones de exposición

precisas. Las condiciones del medio son imprescindibles para evolucionar hacia el alcoholismo clínico. Factores como el ambiente físico y social en que cada adolescente se desenvuelve.

### 3.2 Teorías psicológicas

#### Teorías del aprendizaje social

La teoría del Aprendizaje Social (TAS) expresada por Bandura, es considerada como una visión histórica acerca del aprendizaje y los determinantes de la conducta.

La TAS señala que el aprendizaje ocurre por el condicionamiento clásico, operante y vicario, además de asignarle una importante relevancia a las cogniciones. Son cuatro los constructos principales de esta teoría: a) reforzamiento diferencial: las conductas tienen consecuencias conocidas como reforzadores, que pueden darse en situaciones diversas. b) procesos cognoscitivos: las personas van adquiriendo la información necesaria del ambiente, como para determinar el resultado de las acciones que piensan tomar. Si una persona obtiene buenos resultados o reforzamiento en sus acciones, es muy probable que el aumentar su auto eficacia consiga el éxito en las próximas acciones a seguir. c) determinismo recíproco: propone que el estudio y explicación de la conducta se da a través de observar las variaciones simultáneas entre las conductas, las disposiciones biológicas y ambientales a lo largo del tiempo.

Las teorías del aprendizaje o teorías conductuales ayudan a comprender los procesos de adquisición y mantenimiento del hábito de consumo de alcohol.

La premisa básica del condicionamiento operante se basa en el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta (como el beber alcohol) está determinada por sus consecuencias. Cualquier estímulo que incremente la probabilidad de una conducta se denomina reforzador.

Por lo tanto, el condicionamiento operante explica la conducta de beber como resultado de obtener, bien una recompensa o estado afectivo producido por el alcohol, o bien la evitación o reducción de un estado afectivo y/o físico negativo provocado por la ausencia del mismo.

La teoría del aprendizaje social descrita por Bandura y aplicada específicamente al alcoholismo por Nathan y sus colaboradores (1970), resulta útil para explicar la etiología del alcoholismo. Según esta teoría, el consumo de bebidas alcohólicas es adquirido y mantenido mediante el modelado (la imitación del comportamiento de otras personas), y el refuerzo social y la anticipación que las personas hacen de los efectos del alcohol. Algunos individuos no logran aprender patrones de bebidas adecuados, sino que aprenden una pauta inadaptada del uso de alcohol. El abuso de alcohol no se aprende únicamente por reforzamiento directo, sino también por aprendizaje imitativo. Las actitudes, las costumbres y el modo en que una familia utiliza el alcohol sirven como modelo y se reflejan en los hijos, pudiendo influir de forma importante en el comportamiento posterior de estos con respecto al alcohol.

Mello y Mendelson (1971), (citado por Velasco Fernández, 1982) dicen que la conducta aprendida del bebedor es el resultado de la necesidad que tienen los jóvenes de copiar el modelo del comportamiento del adulto y que los efectos reforzadores son variables en cada caso: la aprobación del grupo, la facilitación de la interacción social, la relajación ante las penalidades cotidianas y la posibilidad de sentirse independiente y seguro de si mismo.

La TAS, explica el desarrollo y el mantenimiento de la conducta adictiva a través de los siguientes elementos (Abrahms y Niaura, 1987):

1. Aprender a consumir alcohol u otras drogas, es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización dentro de una cultura; gran parte del aprendizaje tiene lugar en la infancia, aún antes de que el niño o el adolescente pruebe la sustancia, este aprendizaje se da de manera indirecta, por las actitudes, expectativas y creencias que los individuos tienen acerca de las drogas, y de forma

directa, por el modelamiento o aprendizaje observacional del consumo. Los patrones de consumo se aprenden dentro de un contexto general de socialización, por lo cual, en las diferentes etapas vitales de desarrollo (infancia, adolescencia y adultez), las creencias que tienen las personas acerca del uso y abuso cambian, de acuerdo con los cambios que se observan en las fuerzas de socialización.

2. Existen factores que predisponen a los individuos a consumir en exceso; estos pueden ser de naturaleza biológica, sociológica o psicológica, así mismo, pueden ser de naturaleza heredada o aprendida, estos factores interactúan con variables situacionales y sociales e influyen en el consumo. Los factores genéticos, farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol u otras drogas en individuos vulnerables, los factores psicosociales incluyen déficit o excesos en las habilidades, como incompetencia social o dificultad al manejar emociones negativas. La ausencia de los modelos de consumo moderado o la presencia de los modelos de consumo excesivo, pueden también resultar factores de riesgo del abuso.
3. Las experiencias directas con el alcohol u otras drogas son variables muy importantes; ya que la persona al consumir obtiene efectos placenteros que refuerzan la conducta de consumo.
4. El consumo de drogas, puede ser utilizado como una forma de enfrentar a corto plazo las demandas de una situación estresante o para aligerar las consecuencias aversivas. Por lo tanto es altamente probable que esta conducta se siga presentando principalmente, en aquellas personas en las que sus capacidades de enfrentamiento se encuentran disminuidas.
5. Ciertas situaciones ambientales se vuelven señales antecedentes del consumo, que se convierten en estímulos condicionados del consumo de sustancias; así la reactividad a

señales internas y ambientales puede establecer las bases para el consumo.

6. Dentro de la Teoría del Aprendizaje Social, la tolerancia y la dependencia física se consideran determinantes del consumo mantenido de sustancias, la tolerancia promueve un incremento en el consumo, al disminuir los atributos del reforzamiento positivo del uso de la droga, por lo que el individuo necesita consumir mayores cantidades de la sustancia, para lograr un valor de reforzamiento de igual magnitud, paralelo al desarrollo farmacológico de la tolerancia, a la cual la TAS la explica a través del condicionamiento clásico.
7. Existe una serie de factores que afectan el consumo de sustancias: factores sociales, situacionales e individuales. Estos factores varían entre individuos y en el tiempo; por lo que la TAS, asume que no hay una combinación de factores que se requieren para producir un consumo abusivo, no hay una personalidad adictiva, un marcador genético o situaciones medioambientales específicas y tampoco existe una progresión inexorable de etapas adictivas, en contraste existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación, que están sujetas a los mismos principios del aprendizaje social. La recuperación dependerá principalmente de la habilidad del individuo para elegir y explorar formas alternas de enfrentamiento.

Los procedimientos de intervención derivados de la TAS, proponen estrategias para incrementar el compromiso y motivación para el cambio conductual, a través de la entrevista motivacional; respecto a la instrumentación del cambio de la conducta adictiva, se proponen las técnicas de autocontrol; y para mantener el cambio en el patrón de consumo, se agrega el componente de prevención de recaídas.

## Entrevista motivacional

Tanto los estudios correlacionales como los orientados al proceso, señalan la necesidad de motivar al usuario de drogas en la búsqueda de ayuda y el cambio conductual, las influencias externas (verbigracia: Problemas familiares, sociales y laborales) proporcionan una gran cantidad de incentivos para la búsqueda de ayuda. También en oposición a las nociones tradicionales, el reconocimiento de la existencia de problemas relacionados al consumo y el deseo de cambiarlos, no necesariamente implica la aceptación de un tratamiento.

### 3.3 Teoría biopsicosocial

El modelo biopsicosocial del alcoholismo, propuesto por autores como Swing (1980) y Moos y Finney (1983), sugiere que la etiología del consumo de alcohol y de la posterior adicción se debe a la interacción de factores constitucionales (genéticos y biológicos), factores sociales (por ejemplo, la disponibilidad) y factores psicológicos (como la historia de aprendizaje). Algunos factores actuarían como protectores frente al alcoholismo (alto costo, creencias religiosas antialcohólicas, etc.), mientras que otros funcionarían como factores de riesgo (por ejemplo, situaciones de tensión o historia familiar del alcoholismo).

Según el Manual de SET de Alcoholismo (1973), el alcohol tiene una acción depresora sobre el Sistema Nervioso Central determinado por la duración y la cantidad de la ingestión; una vez que se ha metabolizado y sus efectos han desaparecido, el tejido nervioso reacciona con una mayor excitabilidad durante un período proporcional. Las manifestaciones clínicas mientras dura la acción depresora van desde fenómenos psíquicos relativamente simples, hasta la supresión de los centros vitales y la muerte. Los signos y síntomas de la excitabilidad secundaria se manifiestan por lo común “a la mañana siguiente”, en forma de temblores y agitación, molestias que pueden ser aliviadas temporalmente con una nueva ingestión de alcohol. Esta mejoría de la fase de

excitación mediante nuevas dosis, se va haciendo cada vez más urgente e importante para el bebedor conforme su trastorno progresa. Eventualmente se convierte en una necesidad y llega a establecerse una dependencia física y psicológica.

## CAPITULO 4.

### TRATAMIENTOS EN EL ABUSO DE ALCOHOL

4.1 Tratamientos psicológicos: deshabitación psicológica, modificación de estilo de vida y manejo de factores de riesgo.

a) Psicoterapias cognitivas-conductuales: (Greenwood, 1985; Echeburúa, 1988)

1-Empleo de la reestructuración cognitiva para: decrementar las expectativas asociadas al consumo, manejar la baja tolerancia a la frustración, las ideas de indefensión y la autocondena/culpa. Información sobre el alcoholismo y enseñanza de identificación y manejo de cogniciones disfuncionales.

2-Empleo de técnicas basadas en el condicionamiento clásico: aversión química y sensibilización encubierta.

3-Empleo de técnicas operantes: programas de autorrefuerzos por éxitos graduales, uso del refuerzo social selectivo por familiares y amigos.

4-Empleo de técnicas de autocontrol: Identificar situaciones de riesgos y aprender a evitarlas o afrontarlas, identificar secuencias de cadenas de conductas hacia el consumo y romperla por los primeros eslabones, dramatización mediante juego de papeles en un formato de terapia grupal o individual de situaciones de riesgo y ensayo de alternativas.

5- Empleo de entrenamiento de habilidades sociales en un contexto individual o de terapia de grupo: Entrenamiento de relajación, habilidades sociales y aserción en un contexto que simula situaciones reales o posibles.

b) Psicoterapias dinámicas:

1-Psicoterapia de apoyo: Facilitar la expresión de emociones, facilitar la toma de conciencia del problema y apoyar defensas neuróticas más adaptativas; así como consejos para paciente/entorno si es necesario.

2-Psicoterapia breve psicodinámica: Delimitar un foco de conflicto inconsciente, evitar la dependencia, y uso de la relación transferencial para producir una experiencia emocional correctora

3- Psicoterapia grupal dinámica: Se facilita la expresión libre de conflictos y su resolución en una línea similar a la terapia cognitiva-conductual de grupo, aunque es menos directiva que aquella para evitar la posible dependencia del grupo o terapeuta

c) Psicoterapias interpersonales:

1- Terapia familiar: Habitualmente parte de la teoría sistémica del funcionamiento del síntoma y su función en la familia. Dependiendo del marco teórico, evalúa los subsistemas, la comunicación de mensajes, las soluciones intentadas o el momento evolutivo de la familia; y se diseñan intervenciones al respecto. En este enfoque cabe destacar el diagnóstico del tipo de familia drogodependiente (Ausloos, Cancrini.), las intervenciones interaccionales (Fisch, Watlawick.), las estructurales (Minuchin ) o las de la escuela de Milán (Selvini-Palazzoli)

2-Grupos de apoyo o de autoayuda: El más representativo son las Asociaciones de Alcohólicos Anónimos .Generalmente trabajan en un contexto grupal y en el manejo de situaciones de riesgo.

## 4.2 Psicoterapia de grupo.

Se pueden distinguir fundamentalmente dos tipos de grupo: los grupos dirigidos, que generalmente tienen a un profesional como líder o coordinador, y los grupos de autoayuda, representados típicamente por “Alcohólicos Anónimos” que son grupos abiertos y sin un líder aparente, que no cuentan con la dirección de ningún profesional.

### 4.2.1 Grupos Dirigidos

Reciben esta denominación por que son manejados por algún profesional (psiquiatra o psicólogo) que es el encargado de la selección y admisión de los pacientes, de estimular al grupo en su avance, de sugerir los temas a tratar, de interpretar los fenómenos que vayan ocurriendo en el grupo y de evaluar el logro de objetivos para decidir la terminación de la terapia.

Estos grupos deberán estar formados por un número mínimo de siete pacientes y un máximo de doce. Pueden ser grupos abiertos o cerrados. Los grupos abiertos se caracterizan por tener una población variable de miembros, es decir, pueden ir entrando nuevos miembros al grupo para suplir a los que desertan o concluyan su terapia. Este es el grupo mas común en el tratamiento, debido a que por la naturaleza de la enfermedad y las características de la personalidad del alcohólico, es difícil que se mantenga un grupo por un largo periodo de tiempo con los mismos miembros.

El grupo cerrado conserva a los mismos miembros desde que empieza hasta que termina. Generalmente son grupos reducidos, programados para lapsos breves y con objetivos muy precisos.

Ambos tipos de grupos tienen sus ventajas y desventajas: el grupo abierto tiene la ventaja de ser permanente y que permite la admisión de un número relativamente grande de pacientes. Los miembros pueden vivenciar la tendencia a las recaídas de algunos de sus compañeros y obtener provecho de

esta situación; por otro lado, el ingreso de nuevos miembros suele promover problemáticas no tratadas antes. Tiene la desventaja de que el avance de la terapia es mas lento, pues los nuevos elementos retrasan, por lo general, el avance de los miembros más antiguos.

El grupo cerrado tienen la desventaja de que se pueden precisar objetivos muy concretos para ser alcanzados por el grupo y una vez que se logra la integración y la cohesión del mismo, se avanza muy rápidamente, obteniéndose los objetivos en tiempo mucho menor que en el grupo abierto.

Sin embargo, la inconsistencia del alcohólico y lo recurrente de su enfermedad da lugar a que sea muy difícil mantener un grupo mínimo de siete personas durante mucho tiempo y con frecuencia se termina el grupo porque solo sobreviven uno o dos miembros después de algunos meses de iniciada la terapia. Los grupos cerrados que funcionan muy bien son los de pacientes hospitalizados por lapsos breves que oscilan entre tres y ocho semanas.

La psicoterapia de grupo dirigida en alcohólicos puede llevarse simultáneamente con otras técnicas como grupos de A.A., el psicodrama o la psicoterapia individual. La psicoterapia de grupo dirigida es fundamentalmente, una psicoterapia de tipo reeducativo, donde se manejan tanto elementos conscientes como inconscientes.

#### 4.2.2 Grupos de autoayuda. Alcohólicos Anónimos

Los grupos de Alcohólicos Anónimos se iniciaron en 1934 por iniciativa de sus dos cofundadores, el doctor Bob Smith y el corredor de bienes raíces, Hill Wilson (Hill y Bob) los que, abrumados por los problemas generados por su forma de beber, determinaron apoyarse y cuidarse mutuamente para mantenerse en la abstinencia. De ahí surgió la idea de invitar a otras personas que tuvieran problemas con el alcohol, hasta que se formó un grupo lo suficientemente grande que constituyó la hermandad, cuya filosofía fundamentalmente radica en un conjunto de normas conocidas como “los doce pasos” y las “doce tradiciones de A.A.”

Dichos grupos tienen una inspiración religiosa, basada en ritos protestantes del tipo del “Movimiento de Emmanuel” o del “Movimiento de Oxford”, de gran influencia en los años en que fue fundado el movimiento. Esta inspiración religiosa fortalece mucho el espíritu y la cohesión del grupo, dándole una relevancia moral al programa y aliviando mucho los sentimientos de culpa y la necesidad de expiación que experimentan los alcohólicos después de sus etapas de intoxicación.

El éxito de los A.A., ha radicado fundamentalmente en su espontaneidad, la autonomía de los grupos, la gran cantidad de ellos (fundamentalmente en zonas socioeconómicas desfavorecidas), el ser gratuitos pero, fundamentalmente, el hecho de que el alcohólico no confronta el problema de autoridad y encuentra una gran identificación en el compañero que le “pasa el mensaje”. El alcohólico respira en tales grupos un ambiente de libertad; nadie lo presiona, nadie lo dirige, nadie lo juzga, nadie lo regaña. Al mismo tiempo encuentra una gran aceptación y el efecto catártico de contar su historia en la tribuna tiene un resultado de expiación que le alivia sus tensiones. Una vez que el nuevo miembro se integra al grupo, se siente nuevamente aceptado por la sociedad; el sentirse parte de un grupo lo autoafirma y cuando empieza a “prestar servicio” se siente importante al ayudar a otros. Al mismo tiempo, el único líder que reconoce es a “su poder superior” que es Dios, tal como cada quien lo concibe, y el espíritu religioso del programa lo orilla a mantener una actitud de humildad y recato.

#### 4.2.3. Psicoterapia individual

Es frecuente que lleguen los alcohólicos a los servicios de psiquiatría institucional o al consultorio del psicoterapeuta pidiendo ayuda expresa para su etilismo, o enmascarando su enfermedad alcohólica a través de síntomas de angustia o depresión, o por algún problema de ajuste existencial. La psicoterapia individual no está aconsejada para el tratamiento inicial de los alcohólicos.

La mayor parte de los alcohólicos que se rehabilitan desarrollan la necesidad de someterse a una psicoterapia individual. Esto ocurre casi siempre después de unos meses de abstinencia. Por otro lado los alcohólicos reactivos o secundarios con problemas de neurosis o trastornos de personalidad pueden recibir grandes beneficios con una psicoterapia individual asociada a un tratamiento de grupo. En los casos de trastornos crónicos del carácter puede funcionar inclusive una psicoterapia analíticamente orientada, pero, en términos generales, funciona una psicoterapia a corto plazo con fines reeducativos y con metas bien definidas.

#### 4.3 Intervenciones breves

Se desarrollaron en otros países alternativas de tratamiento, diferentes a las que se conocen, debido a que se identificó que las personas bebían con poca frecuencia pero en cantidades excesivas. Estas alternativas de tratamiento se conocen como intervenciones breves, que han demostrado ser eficaces para atender este tipo de problemas.

Las intervenciones Breves en la práctica se agrupan según dos características básicas: su contexto y su escritura. (Rodríguez-Martos 2002)

**Contexto:** Heather, mencionado por Rodríguez-Martos considera que existen dos categorías principales de intervenciones breves según su contexto: 1) intervenciones basadas en un servicio específico, propuestas como “esquema terapéutico básico” o alternativa a programas más amplios, y 2) Intervenciones de base comunitaria, las más comunes, que pueden ser realizadas de forma oportuna, cuando se identifica al paciente que acude por otro motivo distinto del alcohol, o reclutando a la población a través de anuncios, cartas o cuestionarios rutinariamente administrados desde un centro sanitario en el marco de un programa de promoción de salud.

La intervención breve tiene un papel proactivo y constituye una vía alternativa al tratamiento convencional para aquellas personas que no necesitan programas de deshabituación (bebedores de riesgo, con consumo perjudicial o dependencia incipiente) o que se niegan a acudir a un recurso específico. Las personas que más se beneficiarían de la IB serían las que se hallan en la fase de contemplación y, por tanto ambivalentes.

**Estructura:** Por su estructura se distingue entre: 1) consejería muy breve o mínima (IM): consiste en una única sesión de Consejo simple (5'-10'), con o sin soporte de material de autoayuda para aquellos que presentan consumo experimental y de bajo riesgo y 2) Intervención breve (IB); consiste en una entrevista única (15'-30') o extendida (dos a tres visitas de refuerzo), material de autoayuda y evaluación al año. Promueve la reflexión (ambivalencia frente al cambio) y sugiere estrategias.

La evaluación, que precede a la IM o IB, suele hacerse en la misma sesión que el consejo, cuando se trata de intervenciones oportunas.

Según la Organización Mundial de la Salud, la Intervención breve es: “Una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad – y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas-. Esta intervención está dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa”.

Los elementos comunes de una intervención breve efectiva son:

- Retroalimentación sobre los riesgos que se corren al beber en exceso, este conocimiento puede producir un gran impacto para lograr resultados efectivos.
- Hacer énfasis en la responsabilidad personal que tiene el cliente o usuario por su forma de beber, y que el cambio es una decisión personal.
- El consejo debe ser claro y enfático, puede ser hablado o en forma escrita.

- Tener varias alternativas para el cambio, aprovechar las fuentes de recursos personales del cliente para lograr reducir su forma de beber.
- El estilo del terapeuta deber ser empático, hay claras evidencias de cómo el estilo terapéutico afecta de manera positiva los resultados en una intervención breve ( Miller, 1985)
- Finalmente se ha encontrado que la conciencia de ser eficaz logra en los clientes una percepción de optimismo y poder, que ayuda para que se pueda dar el cambio.

Las intervenciones breves son de corte cognitivo conductual el cual contempla el problema del consumo excesivo como el resultado de un pensamiento aprendido y de patrones de conducta que pueden ser modificados (Teoría del Aprendizaje Social). Para desaprender una conducta, como pensar que el alcohol reduce la ansiedad o nos ayuda a ser más divertido, primero se deben identificar las situaciones que lo llevan a beber en exceso y se deben romper estas conexiones dando nuevas respuestas. El terapeuta ayuda al usuario a tratar sus deficiencias en otras áreas de la vida y lo enseña a ser creativo, a mantener relaciones saludables, a ser más asertivo, a rechazar el consumo excesivo, a hacer frente a los deseos de beber, a mejorar las habilidades de comunicación. Este tipo de intervención se centra en el presente, enseña a las personas a realizar otras actividades, a encontrar nuevas ocupaciones en el tiempo libre, a aprender nuevas formas de enfrentarse a los pensamientos, sentimientos y emociones negativas.

Las intervenciones breves para el tratamiento del consumo excesivo de alcohol constan de un mínimo de sesiones de consulta externa y muestran resultados inmediatos que son perdurables en el tiempo. Otra característica de las intervenciones breves radica en que generalmente no son intrusivas, ni agresivas para el cliente, pueden ser intervenciones de grupo o individuales.

Una forma de intervención breve es el Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema, originalmente desarrollado y evaluado en Canadá

por los doctores Sobell, y desde 1993 aplicado, evaluado y adaptado a México por el Dr. Ayala y sus colaboradores. Este modelo fue desarrollado para bebedores problema o bebedores excesivos.

El modelo, trabaja con personas que presentan consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y tienen una historia de consumo problemático de menos de diez años, en promedio, y que en la mayoría de los casos no ha buscado tratamiento. Comúnmente tienen redes sociales y familiares intactas. Su estabilidad económica y laboral en comparación con quienes tienen una dependencia severa es mayor. Es importante enfatizarse que los bebedores problema no se ven a sí mismos como alcohólicos o diferentes de quienes no tienen problemas con la bebida. Como dato importante en nuestro país, 88% de estas personas, tuvieron episodios en los que bebieron moderadamente, aunque reportaron tener consumos excesivos; lo cual nos indica que, bajo ciertas circunstancias, estas personas pueden controlar su consumo.

Una vez que se definió el bebedor problema, se detallara en que consiste el Modelo, el cual es una intervención breve de consulta externa y no intensiva, que ayuda al bebedor problema a comprometerse a reducir su consumo de alcohol, así como a organizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el abuso en el consumo de alcohol. La meta del tratamiento, es ayudar al bebedor problema a desarrollar estrategias generales de solución de problemas que le permitan enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta. Este modelo permite al cliente elegir entre la moderación o la abstinencia como metas viables de tratamiento.

El programa de tratamiento del modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema está conformado por cinco sesiones. El cliente debe asistir una vez a la semana, durante 45 minutos aproximadamente, por cinco semanas para completar su tratamiento.

La sesión inicial es una evaluación que permite obtener información sobre la forma de beber del cliente, las consecuencias que ha tenido por su forma de beber y algunas variables importantes que deben tomarse en cuenta

para el tratamiento. Una vez terminada la evaluación el cliente recibe material de lectura y ejercicios relacionados con la lectura.

La primera sesión de tratamiento se lleva a cabo siete días después de la evaluación, tiene como objetivo incrementar la motivación para el cambio y en ella, el cliente comenta las razones que tiene para cambiar su forma excesiva de beber, especificando los beneficios y los costos de cambiar su forma de consumo, así como los beneficios y los costos en caso de continuar consumiendo alcohol como lo ha venido haciendo. Además realiza su primer establecimiento de metas en el que elige, con apoyo del terapeuta, entre la moderación o la abstinencia como meta para las siguientes semanas.

Al elegir una meta de moderación es importante saber que:

- \* Se debe consumir entre 3 o 4 tragos estándar por ocasión, no más de uno por hora y no diariamente, es decir, un máximo de 12 tragos estándar por semana (si se es hombre). En el caso de las mujeres el máximo aceptado por ocasión son 3 tragos estándar y no más de 9 a la semana. (Un trago estándar equivale a 1 lata de cerveza, 43 ml. de destilado, 1 copa de vino, 1 caballito de tequila).

- \* Ingerir alimentos mientras se bebe.

- \* Beber despacio.

- \* Alternar bebidas alcohólicas y bebidas sin alcohol.

En la segunda sesión el cliente debe identificar las situaciones de riesgo que lo llevan a consumir en forma excesiva y sin control, así como las consecuencias positivas y negativas del consumo ante estas situaciones. Dentro de esta sesión se discute la probabilidad de que ocurran recaídas durante el tratamiento o después de éste, considerándolas como lapsus o errores de los que se puede aprender, y no como fracasos personales o indicadores de un evidente fracaso del programa de tratamiento. El proceso de

recuperación se examina haciendo notar el papel que juegan las recaídas como parte del proceso de cambio.

En la tercera sesión se incorpora un programa general de solución de problemas en donde el cliente debe describir las opciones de solución a cada situación de riesgo y sus probables consecuencias, así como los planes de acción para las opciones más adecuadas y realistas. El objetivo de esta sesión es que el cliente analice y describa sus propios recursos (estilos de enfrentamiento y apoyos sociales disponibles), para que éstos, sean utilizados en su programa de cambio.

La cuarta sesión se centra en comentar los avances logrados por el cliente respecto a sus planes de acción, y se realiza un resumen de las sesiones anteriores con el propósito de establecer una nueva meta de abstinencia o moderación para el próximo año. Es importante revisar la meta en este momento, pues tras haber tenido cuatro sesiones de tratamiento, el cliente sabrá si es la más apropiada para sus necesidades y qué estrategia ha sido adecuada para lograrla.

Una vez terminada la intervención se sugieren contactos sistemáticos (al mes, a los tres, seis y doce meses), durante estos contactos se evalúan los aspectos del tratamiento que son especialmente efectivos; se fortalece el proceso de tratamiento -prevenir una recaída inminente o si ya sucedió analizarla- se analizan también los beneficios obtenidos y se hacen los ajustes necesarios para que tenga éxito el cliente en su nueva forma de consumo de alcohol.

Es muy importante destacar que las personas que utilizan este modelo tienen distintos problemas y circunstancias que los llevaron a un consumo excesivo y, por lo tanto, tendrán diferentes estrategias de cambio. La flexibilidad y adaptación a las necesidades de cada persona debe ser la principal consideración cuando se aplique este modelo.

Dentro del Tratamiento oportuno de bebedores excesivos en la población estudiantil de la UNAM, llevado a cabo dentro de la Facultad de Medicina en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, se realiza Intervención Breve (IB) y Consejo Breve. El Consejo breve está conformado por una sesión terapéutica y cuatro sesiones de seguimiento. El cliente asiste a una sesión programada con el terapeuta, durante la cual se evalúa el consumo del estudiante y se le da el consejo breve (15") se le entrega un folleto; teniendo como contenido una pequeña introducción acerca del consumo de alcohol, preguntas del AUDIT, las cuales serán contestas por el estudiante, se califica y el terapeuta lo ubica dentro del semáforo que viene en el folleto comparando el resultado que obtiene en la prueba con el puntaje que se encuentra en el semáforo (si el puntaje del estudiante es más de ocho se deriva a un especialista, de no ser así se continua con el Consejo breve).

En el consejo breve se da las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo del consumo de alcohol, así como estrategias acerca de cómo reducir la frecuencia y cantidad para disminuir riesgos, algunos de ellos son:

- Tomar una copa estándar por hora
- Hombres: no mas de 4 copas estándar por ocasión y no más de 12 por semana
- Mujeres: no mas de 3 copas estándar por ocasión y no mas de 9 por semana.
- Dejar de beber algunos días de la semana

Se mencionan diversas ocasiones donde los estudiantes corren riesgos por el consumo de una sola copa estándar, una vez que se da el consejo breve, se pregunta alguna duda o comentario que se tenga acerca de lo visto en la sesión. Para completar su tratamiento al final se da la cita para el primer seguimiento que es al mes, en la cual se refuerza el consejo breve y se revisa el autoregistro con el usuario, por medio de esta prueba se lleva el conteo de la cantidad de copas estándar que se consumen y cuales son los pensamientos y sentimientos que el usuario presenta antes, durante y después de su consumo.

Se realizaron los seguimientos al tercer, sexto y doceavo mes respectivamente, se llevó a cabo el mismo procedimiento que en el primer seguimiento a diferencia del ultimo seguimiento que fue al año, ya que se aplicaron las pruebas de inicio y así observar si existían cambios significativos en la ingesta de alcohol.

La eficacia de las IB es consistente y viene avalada por múltiples estudios y meta-análisis. A pesar de la diversidad de diseños y resultados, existe una opinión consensuada por lo que respecta a su eficacia y rentabilidad para la mayoría de sujetos de riesgo. La IB logra reducciones significativas del consumo de alcohol (en torno al 25% e incluso superior con una diferencia media del 15% con respecto a controles, que puede llegar hasta el 24% en IB atípicas por su extensión). El porcentaje de bebedores excesivos se reduce alrededor del 45% frente al 25-30% de los controles aunque puede haber reducciones superiores al 60%. Los episodios de 'atracones de consumo' (*binge drinking*) disminuyen en torno al 50% (45,67%-74%). La intervención breve logra disminuir la incidencia de problemas relacionados con el alcohol: problemas psicosociales (hasta un 85%); bajas por enfermedad (80% en 4 años), días de hospitalización médica (en torno al 60% en 5 años) y mortalidad (50% en 6 años); lesividad (47%) y días de hospitalización por traumas (48%), a los tres años. La IB no suele ser tan eficaz en mujeres, lo que pudiera obedecer a una disminución de consumo menor por partir de ingestas menos elevadas, a su mayor respuesta a la simple evaluación o simplemente a un tamaño insuficiente de la muestra. En cualquier caso, también hay estudios donde la mujer alcanza reducciones significativas. (Rodríguez-Martos 2002)

La intervención breve parece especialmente recomendable en personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. En personas con dependencia, la IB no siempre aporta mejorías estadísticamente significativas, aunque puede facilitar la derivación y el cumplimiento terapéutico.

Los resultados de la aplicación del Modelo de Intervención temprana, en los últimos 13 años en México, muestran en general, un incremento en el número de días de abstinencia.

En este trabajo se presenta una alternativa para individuos que consumen alcohol en forma excesiva. Los cambios observados en los resultados de la aplicación del Modelo se mantienen a lo largo del tiempo. Si además se toma en cuenta que se trata de una intervención de bajo costo, que no es intrusiva para el cliente, resulta un tratamiento adecuado para países con una problemática de consumo similar a la que se describe en este artículo y con recursos limitados para hacer frente a este problema.

## **CAPITULO 5.**

### **METODOLOGÍA**

#### 5.1 Objetivo general

Analizar el consumo peligroso y/o dañino de 100 estudiantes que pertenecen a la facultades de Arquitectura (25), Filosofía y Letras (25), Economía (25) e Ingeniería (25), los cuales estuvieron durante un año en un tratamiento donde se les aplicó el consejo breve con el objetivo de modificar el patrón de consumo, hacia un consumo de bajo riesgo.

Para este análisis se llevaron a cabo cinco sesiones, las cuales fueron:

- Entrevista inicial
- Primer seguimiento (al mes de la entrevista inicial)
- Segundo seguimiento (al tercer mes)
- Tercer seguimiento (al sexto mes)
- Cuarto seguimiento (al doceavo mes)

La cantidad de copas estándar se analizaron por medio de la línea base retrospectiva (LIBARE) aplicado antes del C.B, con un tiempo de tres meses versus el LIBARE de doce meses después de haber iniciado el C. B (una vez que finalizaron los cuatro seguimientos). Por medio de esta prueba se observó si hubo modificación del patrón de consumo.

## 5.2 Objetivos específicos

- a) Determinar si al proporcionar el consejo breve, se modifica el patrón de consumo peligroso y / o dañino de alcohol en los estudiantes de las facultades de Arquitectura, Filosofía y Letras, Economía e Ingeniería, hacia un consumo de menor riesgo.
- b) Analizar si hay o no diferencias entre los hombres y las mujeres respecto al consumo de copas estándar, después de la aplicación del consejo breve.
- c) Evaluar si la moderación o abstinencia se mantienen al reforzar el consejo breve, por medio de los seguimientos.

## 5.3 Tipo de estudio

Diseño Longitudinal: se recolectaron datos a través del tiempo (primer, tercer, sexto y doceavo mes), para hacer inferencias respecto al patrón de consumo de los participantes.

## 5.4 Diseño.

Diseño Longitudinal Panel. En esta investigación el patrón de consumo se midió en el mismo grupo de participantes en diversos tiempos o momentos. El cual fue seguido a través del tiempo. En este tipo de diseño no solo se conocen los cambios grupales sino también los individuales.

## 5.5 Hipótesis.

**Ho<sub>1</sub>.** No existen diferencias en el patrón de consumo de los estudiantes después de su participación en la investigación donde se les proporcione el Consejo Breve.

**H<sub>1</sub>.** Existen diferencias en el patrón de consumo de los estudiantes después de su participación en la investigación donde se les proporcione el Consejo Breve.

**Ho<sub>2</sub>.** No existen diferencias en la cantidad de copas estándar de alcohol consumidas entre hombres y mujeres, después de proporcionarles la intervención (C.B).

**H<sub>2</sub>.** Existen diferencias en la cantidad de copas estándar de alcohol consumidas entre hombres y mujeres, después de proporcionarles la intervención (C.B).

## 5.6 Definición de variables.

### Variable Independiente:

Definición Conceptual:

- a) Sexo. Hombre / Mujer
- b) Consejo Breve.

Es una intervención de corte cognitivo-conductual, se centra en el presente y tiene como objetivo detectar uno o más factores de riesgo (estilos de vida no saludables). Se valoran los estilos de vida saludables y se aconseja un cambio de conducta.

Variable Dependiente:

*Definición Conceptual:*

**a) Patrón de consumo.** Cantidad de copas estándar consumidas a través de diferentes tiempos, basados en el autoinforme del estudiante después de terminado el tratamiento. Evaluado por medio de la LIBARE y el autoregistro. Se contabiliza por medio de copas o trago estándar (2gr de alcohol), los cuales son igual a:

- 1 lata o botella mediana de cerveza (330 ml)
- 1 jarro o jícara de pulque de 500 ml
- 1 vaso (120 ml) de vino de mesa
- 1 vaso o copa de bebida con licor (30 ml)
- 1 botella de cooler's de vino (330 ml). Bebidas preparadas
- 1 copa "farolazo" (30 ml)

## 5.7 Instrumentos

- Calendario/LIBARE
- Autoregistro
- Entrevista Inicial Modificada

Pruebas:

- AUDIT
- CIDI (sección de alcohol)

### 5.7.1 Descripción de los instrumentos

#### *CALENDARIO:*

Se utilizó un calendario de mesa para que los estudiantes se basaran en él, al momento de llenar el LIBARE. El calendario (calenda: latín) es una cuenta sistematizada del tiempo para la organización de las actividades humanas. (Wikipedia).

*LIBARE (LÍNEA BASE RETROSPECTIVA)* Sobell, Maisto, Sobell & Cooper, 1979

Se utiliza para medir el patrón de consumo (cantidad y frecuencia). Es una especie de calendario en el cual se le pide al usuario que recuerde y anote su forma de beber lo mejor posible, día con día, en forma retrospectiva. Se lleva aproximadamente de 20 a 40 minutos, el calendario es el principal apoyo para recordar el consumo. Se empieza por el día de la entrevista y se fue llenando en forma retrospectiva, se anotaba la cantidad en tragos estándar.

Se sugirió que incluyeran días claves (fiestas, cumpleaños, vacaciones, etc.) para facilitar el recuerdo de consumo.

Tiene una confiabilidad test-retest de .91. La correlación del consumo entre el informe del individuo y el del colateral es de .82. La validez concurrente, con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y con el Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST) muestra correlaciones de .53. (Barragán, 2005)

Los datos que se obtuvieron con la LIBARE son:

- Número total de días de consumo y de abstinencia

- Número total de tragos estándar consumidos en el año, por mes y por día.
- Promedio de consumo por día
- Porcentaje de días de abstinencia, de consumo moderado (1 – 4 copas estándar, de consumo excesivo (5-9 tragos estándar) y consumo muy excesivo (mas de 10 copas estándar)

La información obtenida se analizó con el usuario en la primera sesión y resultaba de mucha utilidad como instrumento motivacional.

#### AUTOREGISTRO:

Se requirió que el usuario anotara rutinariamente aspectos de su conducta de consumo, los cuales son los siguientes:

- Episodios de consumo
- Cantidad, frecuencia e intensidad de la conducta de consumo
- Circunstancias asociadas con el consumo; por ejemplo: lugar de consumo, estado de ánimo, consecuencias a corto y largo plazo por su consumo.
- Pensamientos y necesidades acerca de su consumo.

El obtener un registro de la frecuencia, cantidad e intensidad del consumo durante el tratamiento puede facilitar el proceso de cambio. El auto registro se revisaba en cada sesión y se comentaba junto con el usuario, para identificar los cambios en el patrón de consumo y así se obtuvo información adicional sobre situaciones de riesgo de recaídas dándole oportunidad al usuario para que pudiera comentar algunas situaciones.

## ENTREVISTA INICIAL

Este instrumento incluye diferentes apartados que permiten obtener información sobre los indicadores mencionados previamente. Las áreas que componen la Entrevista Inicial son: salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y/o drogas, y consecuencias adversas al uso de sustancias.

La aplicación de la Entrevista Inicial tiene una duración de aproximadamente 20 minutos. La información que se obtiene con este instrumento es útil para la planeación del tratamiento, y también nos indica algunos cambios necesarios relacionados con estilo de vida de los usuarios; así como las consecuencias del consumo, que se presentan después de haber participado en el tratamiento.

## CONSEJO BREVE:

Las intervenciones breves son de corte cognitivo conductual el cual contempla el problema del consumo excesivo como el resultado de un pensamiento aprendido y de patrones de conducta que pueden ser modificados (Teoría del Aprendizaje Social).

Este tipo de intervención se centra en el presente, enseña a las personas a realizar otras actividades, a encontrar nuevas ocupaciones en el tiempo libre, a aprender nuevas formas de enfrentarse a los pensamientos, sentimientos y emociones negativas.

El consejo breve consistió en dar un folleto, en el cual los participantes contestaban la prueba rápida del audit. (Babor et al 1989) que consta de tres preguntas (frecuencia y cantidad de consumo), los sujetos al terminar de responder sumaban sus puntos y el total se compara con la puntuación de un semáforo; en el cual la luz roja indicaba una puntuación de 8 puntos o más con la leyenda de "alto" te estas excediendo, luz amarilla que iba de 4 a 7 puntos con la leyenda de "precaución" es conveniente que recibas mayor información

para evitar problemas futuros y por último la luz verde de 0 a 3 puntos, el cual indicaba “adelante”, sabes manejar responsablemente tu consumo.

Sesión terapéutica	Seguimientos 1,3 y 6 meses	Seguimiento 12 meses
<p>Aplicar Entrevista Inicial Modificada.</p> <p>Aplicar LIBARE de 3 meses.</p> <p>Revisión del folleto de Consejo Breve (Tríptico) con el estudiante en un tiempo no mayor de 15 minutos. Entregarle el folleto con la información.</p> <p>Solicitar el registro de su consumo de alcohol durante el próximo mes (autoregistro) .</p> <p>Invitarlo a acudir a las sesiones de seguimiento con su registro.</p>	<p>Analizar registro de consumo, en cuanto a cantidad/frecuencia.</p> <p>Identificar el nivel de consumo en el último mes.</p> <p>Anexar al expediente el auto registro.</p> <p>Reforzar estilo de vida o proporcionar nuevamente el Consejo Breve.</p>	<p>Aplicar LIBARE.</p> <p>Investigar consecuencias del consumo.</p> <p>Analizar registro de consumo (cantidad/frecuencia).</p> <p>Identificar el nivel de consumo en el último mes.</p> <p>Reforzar estilo de vida o proporcionar nuevamente el Consejo breve .</p>

## PRUEBAS.

### *AUDIT. (The Alcohol Use Disorders Identification Test)*

Es un instrumento de tamizaje desarrollado por la Organización Mundial de la Salud. Es una prueba útil, de aplicación rápida y flexible, esta basada en la clasificación internacional de enfermedades ICD-10 (Babor y cols. 1989). Es un proceso breve que explora si existe un problema relacionado con el abuso de alcohol. Tiene validez transcultural y fue creada para detectar el consumo peligroso y dañino de alcohol, esto es, incluye una gama amplia de personas con problemas (Babor y De la Fuente, 1989; Saunders y cols., 1987; De la Fuente y Kershenovich, 1992). También fue diseñada para detectar las complicaciones físicas y psicológicas del abuso en una etapa temprana, para su adecuada atención. La prueba consta de 10 preguntas en donde los tres primeros exploran la frecuencia, cantidad del consumo de alcohol y el consumo excesivo por ocasión (consumo peligroso), las siguientes tres preguntas, son indicadores de dependencia y las últimas cuatro indican problemas físicos y psicológicos (Consumo dañino). Se adecuó el AUDIT a las necesidades del proyecto, en el cual se incluyeron cuatro preguntas adicionales que son las siguientes:

- *Tipo de bebida consumida*
- *Cantidad de dinero destinado al consumo*
- *Rendimiento escolar relacionado con el consumo*
- *Lugar habitual de consumo*

### *CIDI: (Composite International Diagnostic Interview)*

Es una solución amplia, totalmente estructurada diseñado para ser utilizado por entrevistadores entrenados para establecer la evaluación de los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y los criterios de la CIE-10 y DSM-IV.

Está destinado para su uso en estudios epidemiológicos, así como los estudios clínicos y para fines de investigación. La sección de diagnóstico de la entrevista se basa en la Organización Mundial de la Salud del Composite International Diagnostic Interview (CIDI OMS,1990).

El CIDI, versión 2.1 (1998) abarca todos los principales trastornos de diagnóstico. El trastorno de abuso de sustancias cubiertas son el alcohol, el tabaco, y nueve categorías de las drogas ilícitas. Cada módulo, incluido el módulo de alcohol, sirve de diagnóstico a los criterios del DSM-IV y CIE-10.

## 5.8 Sujetos

Muestra: Se trabajó con una muestra de 100 estudiantes, de los cuales 65 eran hombres y 35 mujeres, ubicándose en un rango de edad entre 17 y 26 años, teniendo una media de 20 años; de acuerdo a lo que mencionaron en la entrevista inicial en la pregunta de gasto promedio anual pertenecían a un nivel socioeconómico medio.

Estos estudiantes cursaban las carreras de Economía (25), Arquitectura (25), Filosofía y Letras (25) e Ingeniería (25), ya que son las facultades en las que se aplicó el Consejo Breve en el consumo de alcohol, intervención en la que se basó esta tesis.

### Requisitos:

- Que los estudiantes universitarios aceptaran formar parte del Programa “Tratamiento Oportuno de Bebedores Excesivos en la Población Estudiantil de la UNAM”
- Presentar patrón de consumo peligroso o dañino de alcohol, sin tener dependencia. (altas cantidades y relativamente baja frecuencia).

- Ser constantes, es decir, una vez que aceptaron ser parte del programa y se les aplicó la entrevista inicial en la cual se dio el consejo breve, seguir asistiendo a 4 seguimientos; programados al primer, tercer, sexto y doceavo mes. En cada uno de los seguimientos se reforzó el consejo breve.

## 5.9 Procedimiento

A los estudiantes de primer ingreso a las ENP, CCH, Facultades de Ciudad Universitaria y FES se les aplicó la prueba del AUDIT, que consta de 10 preguntas sobre la forma y frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, se obtuvo por medio de la prueba el tipo de consumo de alcohol de los estudiantes, las categorías son las siguientes:

a) abstemios; personas que no reportan ningún consumo de alcohol en el último año.

b) bebedores con consumo moderado; consumen dentro de los límites considerados como seguros para la población mexicana. Mujeres, no más de 3 copas estándar por día y no más de 9 a la semana. Hombres, no más de 4 copas diarias y no más de 12 a la semana.

c) bebedores con consumo excesivo, se subdivide en:

- Consumo Peligroso; consume de manera ocasional, repetida o persistente y que se expone a sufrir algún tipo de daño futuro en su salud
- Consumo dañino; es aquel en donde el daño ya se ha hecho presente
- Síndrome de Dependencia al Alcohol

El AUDIT, proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo (consumo peligroso y/o dañino), para que puedan reducir o abandonar el consumo de alcohol, y con ello evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.

La prueba mencionada anteriormente fue adaptada para indagar información adicional, es decir, se le agregaron 4 reactivos los cuales fueron los siguientes: tipo de bebida alcohólica consumida, dinero que gasta al mes, rendimiento escolar y el lugar donde habitualmente consume.

Se añadió a una batería que se les aplica a los estudiantes cuando ingresan a la UNAM, el cual se integra a su expediente médico. dicha prueba se agregó con fines específicos para el Programa que realiza la Facultad de Medicina en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental llamado “Tratamiento Oportuno de Bebedores Excesivos en la Población Estudiantil de la UNAM”, el cual tiene como objetivo: *conocer el patrón de consumo de alcohol y los problemas relacionados en los estudiantes de la UNAM, para la aplicación de estrategias de intervención orientadas a modificar el patrón de consumo peligroso o dañino, hacia un consumo de menor riesgo*. Una vez que se aplica, las respuestas son vaciadas en una base de datos para análisis y así se obtuvo los resultados de los estudiantes; dependiendo del puntaje obtenido se ubicaron dentro de algún rango de la clasificación mencionada anteriormente.

En las instalaciones del Departamento de Psiquiatría y Salud mental se proporcionaban 20 expedientes, que contenían los datos de los estudiantes y las pruebas que se iban a aplicar, a los terapeutas capacitados con anterioridad para aplicar la Intervención Breve y/o Consejo Breve; conforme se localizaban y atendían a los estudiantes de inicio, se solicitaban expedientes nuevos.

Se les llamaba mínimo tres veces (vía telefónica), de no ser localizados se les mandó e-mail o telegrama con la finalidad de establecer contacto con los estudiantes, al momento de localizarlos se les explica que fueron seleccionados aleatoriamente para formar parte de un Programa que se da en

las instalaciones de la UNAM, se estableció una cita en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Facultad de Medicina para detallar dicho programa.

Durante la cita programada, (Admisión) se les explicaba el motivo de la llamada nuevamente, invitándolos a participar en la investigación, haciendo énfasis en el objetivo del programa, “Tratamiento oportuno para bebedores problema en la UNAM” el cual es: *“Reflexionar sobre su forma y frecuencia de consumir alcohol para lograr una moderación en su forma de beber”*. Al aceptar formar parte del programa se les entregó un formato de consentimiento en el cual se especificaba el número de entrevistas programadas y el objetivo de cada una de ellas. En este formato los estudiantes ponían sus datos y proporcionaban informes de una o dos personas cercanas a ellos (as) con fines de obtener información sobre su consumo como seguimiento.

En la cita de Admisión se aplicó nuevamente el AUDIT y el CIDI, calificándolos, ya que dependiendo de los resultados (puntaje mayor a 3 puntos en el AUDIT y tres o más preguntas positivas en el CIDI = dependencia); el estudiante ingresaba al programa para la aplicación del Consejo Breve al no cumplir con los criterios de consumo dependiente, si su consumo resultaba dependiente se canalizaba al Programa de tratamiento integral, de la Facultad de Medicina.

Una vez que el estudiante era candidato al Programa, un terapeuta le daba el consejo breve, entregándoles un tríptico con información acerca de los riesgos de consumir alcohol en exceso, los límites de consumo moderado; un semáforo que orienta sobre el propio consumo.

Con los resultados de la prueba del AUDIT y el lugar que ocupan en una gráfica de consumo de acuerdo a su puntuación obtenida en dicha prueba, se les explicó la necesidad de reducir sus niveles de ingesta de alcohol y estrategias para lograr el objetivo, por ejemplo; tomar una copa estándar por hora, si es hombre tomar no más de 4 copas estándar por ocasión y no más de 12 copas estándar por semana, si es mujer tomar no más de 3 copas estándar

por ocasión y no más de 9 a la semana. Así como recordarles en que situaciones hay mayor peligro aunque se consuma una sola copa, los cuales son:

- Si está embarazada
- Si tiene menos de 18 años de edad
- Si está tomando medicamentos
- Si va a manejar o está en el trabajo
- Si quiere mejorar su rendimiento académico

Después de darles el CONSEJO BREVE se les dio el AUTO REGISTRO, donde escribieron su consumo de alcohol; la cantidad y frecuencia así como si estaba acompañado/a o solo/a, en un lugar público o privado y los sentimientos y pensamientos que pasaron por él/ella al momento y después de la ingesta de alcohol.

Posteriormente se les proporcionó nueva cita a los 30 días para llevar a cabo su primer seguimiento. Durante este primer seguimiento se revisó su auto registro y por medio de él se identificó si hubo un aumento en su consumo o si se mantuvo o disminuyó, además de reforzar un mejor estilo de vida por medio del CONSEJO BREVE. Una vez concluido el primer seguimiento se daba una nueva cita a los tres meses y a los 6 meses posteriores llevando a cabo el mismo procedimiento que al primer mes:

*Analizar registro de consumo, en cuanto a cantidad y frecuencia, identificar su nivel de consumo en el último mes, anexar el autoregistro a su expediente (manual o electrónico) y se refuerza el estilo de vida proporcionando nuevamente el Consejo Breve; entregándoles los Autoregistros, para los siguientes seguimientos.*

Una vez que se realizaba la cuarta sesión que fue a los seis meses posteriores de la primera entrevista, se daba cita al año (12 meses), durante el cual se volvió a aplicar las pruebas del AUDIT y el LIBARE, se investigó las

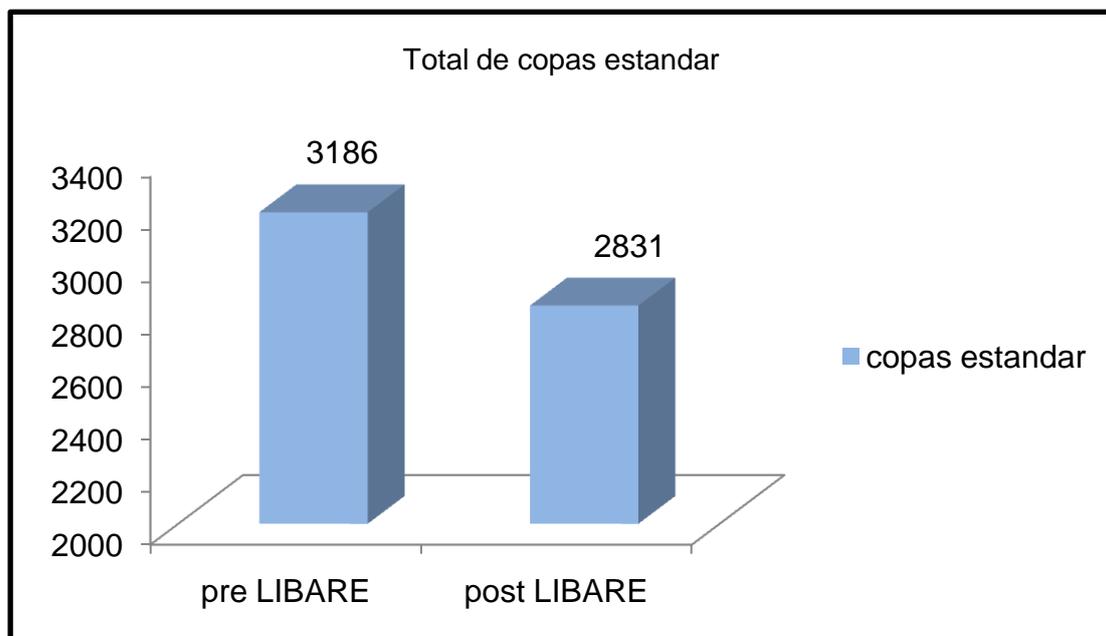
consecuencias del consumo, se analizó el registro de consumo, en cantidad y frecuencia. Al final del seguimiento al año se capturó los resultados para realizar un análisis de datos y comparar la cantidad de copas estándar y frecuencia de consumo, lo cual determinó si se mantuvo, disminuyó o aumentó el consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes y comprobar así el objetivo general de modificar el patrón de consumo, hacia un consumo de bajo riesgo, por medio del consejo breve en las Facultades donde se llevó a cabo esta investigación (Arquitectura, Filosofía y Letras, Economía e Ingeniería).

## 6. RESULTADOS

En las siguientes Figuras se muestran los resultados que se obtuvieron en el análisis estadístico que se llevo a cabo. En lo que respecta a la distribución por sexo que se tuvo en la muestra de 100 estudiantes universitarios de las facultades de Arquitectura, Filosofía y Letras, Economía e Ingeniería, estuvo conformada mayoritariamente por hombres (65%) y en menor cantidad por mujeres (35%). Teniendo un rango de edad entre 17 y 26 años, con una media = 20 años.

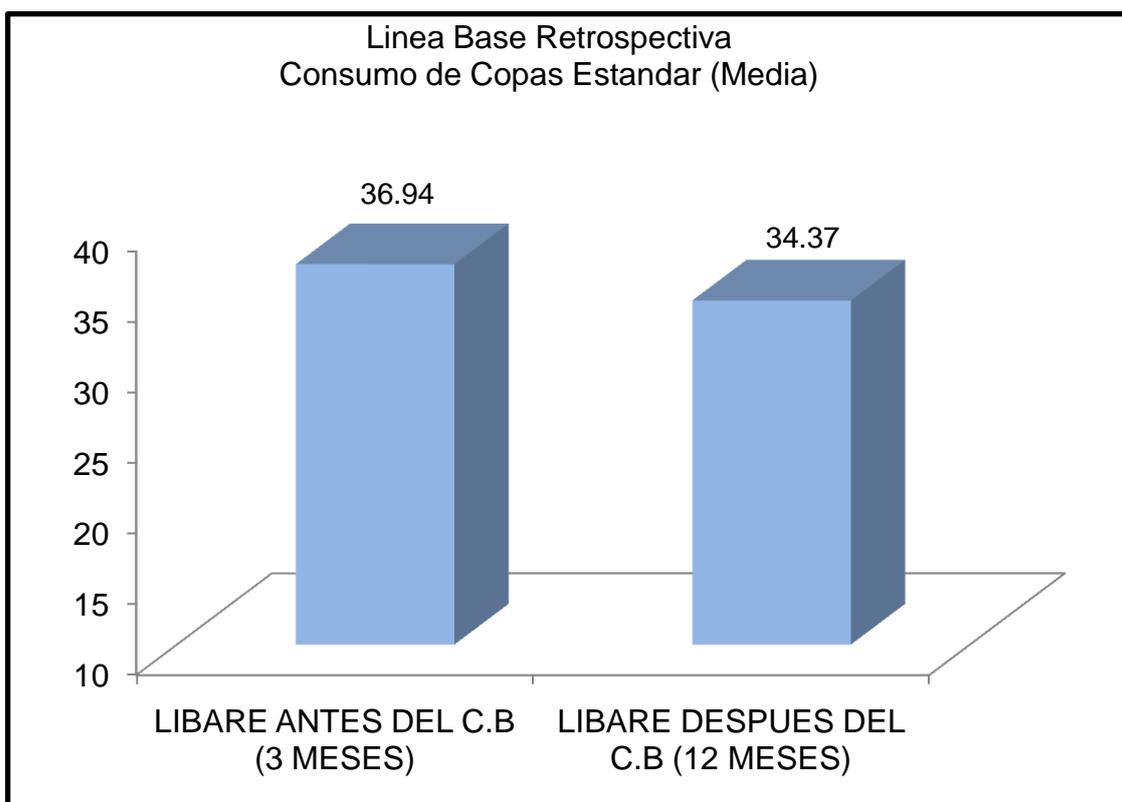
De acuerdo a los resultados obtenidos, se aprecia en la Figura no. 1 un patrón de consumo en el Pre-LIBARE = 3186 copas estándar, antes de la aplicación del consejo breve (C.B) y el post-LIBARE = 2831 copas estándar después del C.B en el seguimiento de 12 meses, observando el total de copas estándar antes y después del consejo breve se puede decir, que disminuyo la cantidad de copas estándar consumidas entre los estudiantes de las facultades antes mencionadas.

Fig. 1 Patrón de consumo, antes y después del consejo breve.



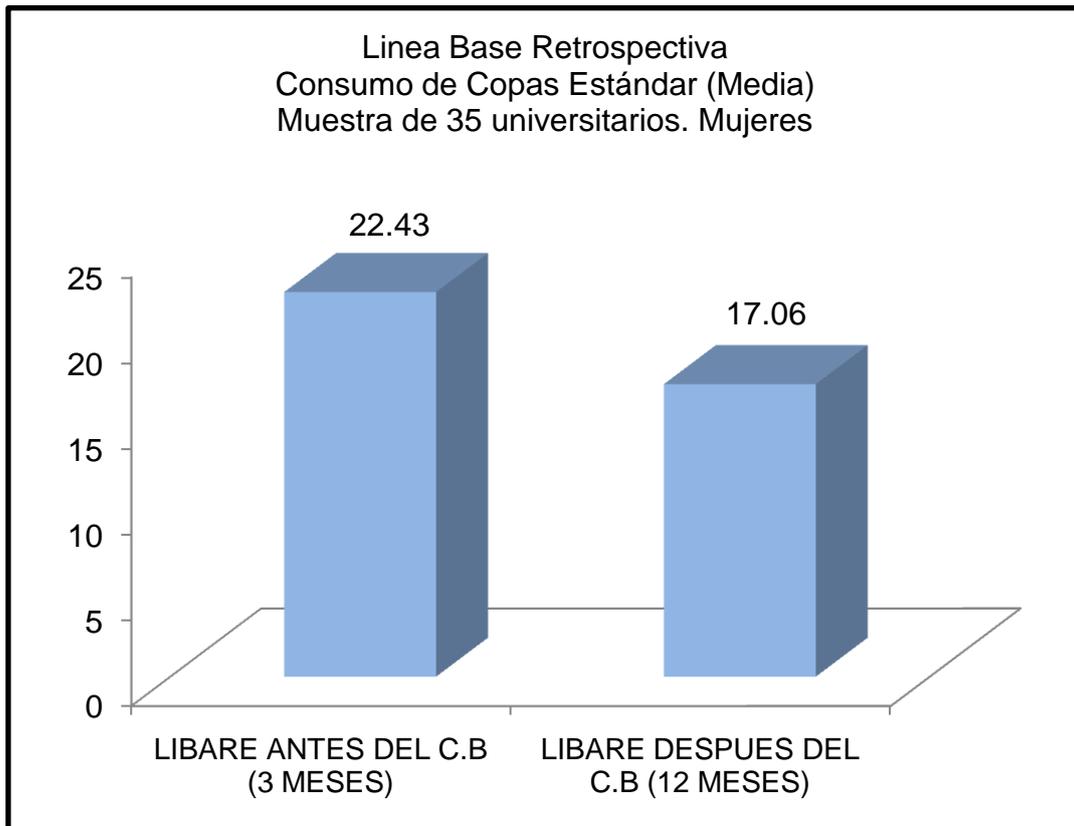
En los resultados de la muestra de los 65 estudiantes (hombres) de la UNAM, de las cuatro facultades ya mencionadas con anterioridad, se observa (fig. 2) que hubo disminución en el consumo de copas estándar (Media), después de la aplicación del Consejo Breve y de los seguimientos; comparando los resultados con la LIBARE, aplicado antes de la aplicación del Consejo Breve.

Fig. 2 Libare antes y después del consejo breve. Hombres N= 65 sujetos



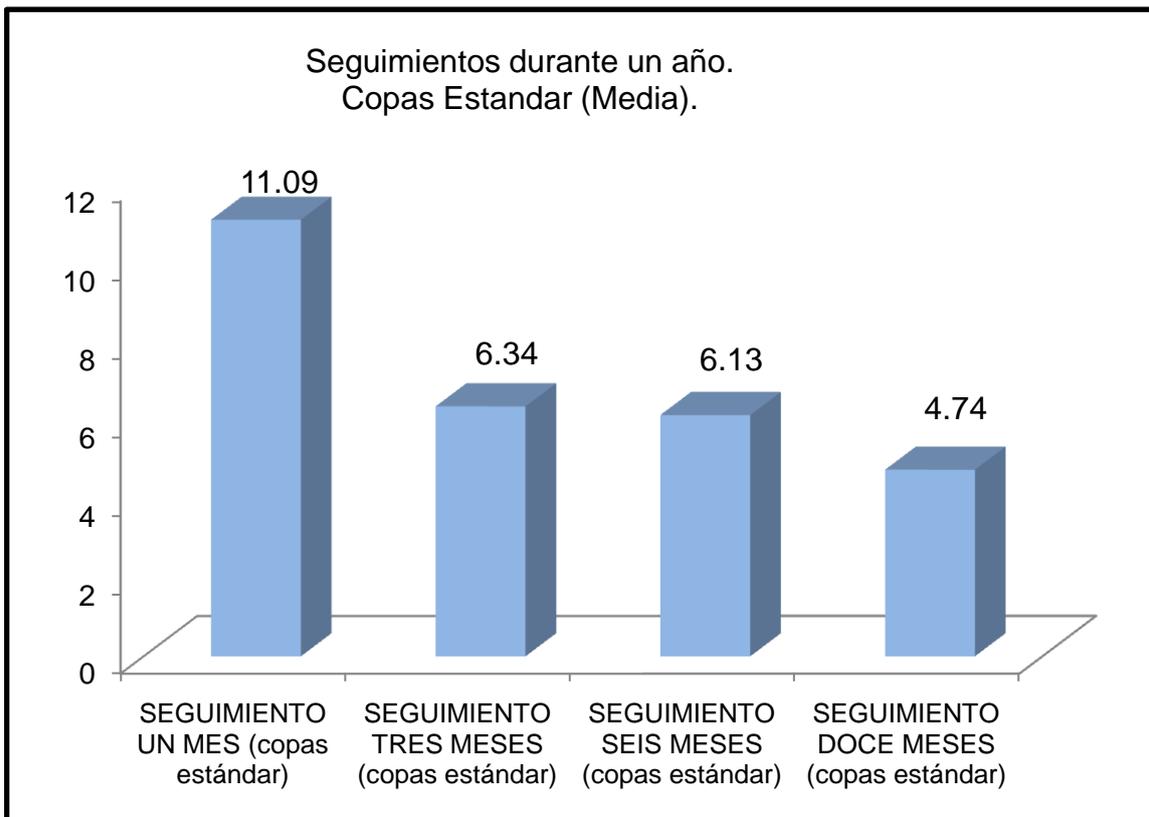
En los resultados obtenidos de la LIBARE aplicado antes del Consejo Breve, comparándolos con la LIBARE de doce meses aplicado después del Consejo Breve en la muestra de 35 mujeres universitarias (figura 3), se observa que la cantidad de copas estándar consumidas disminuyó, después del tratamiento (C.B).

Fig. 3 Libare antes y después del consejo breve en mujeres. N= 35 sujetos



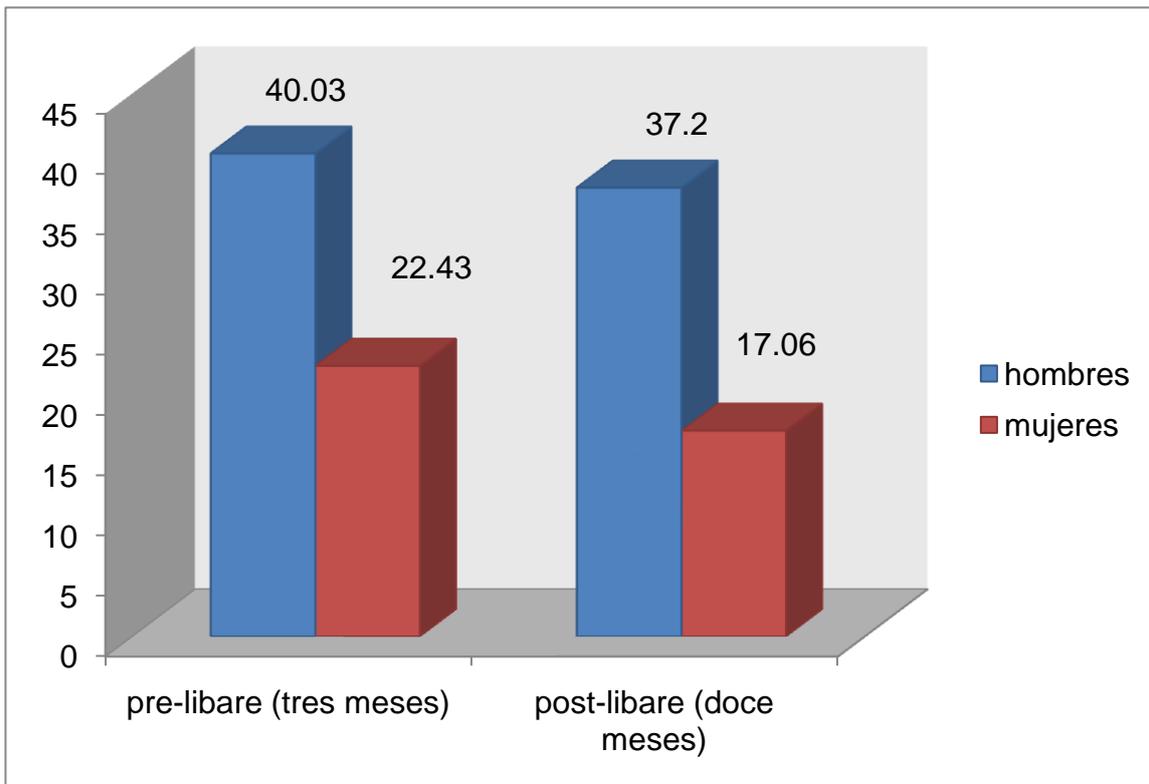
En la fig. 4, se observa que al mes de seguimientos la media ( $\bar{X}=11.07$  D.S= 5.84) de consumo de copas estándar es alta comparada con los siguientes seguimientos, a los tres meses ( $\bar{X} = 6.34$  y D.S = 4.48) hubo una disminución casi del 50% en el consumo de copas estándar; a los seis meses ( $\bar{X} = 6.13$  Y D.S= 4.71) existe poca diferencia con el seguimiento de tres meses, en el último seguimiento que fue a los 12 meses ( $\bar{X}= 4.72$  y D.S= 4.41) existió disminución de consumo en más del 50%, comparándolo con el primer seguimiento.

Fig. 4. Seguimientos después del consejo breve. N= 100 sujetos



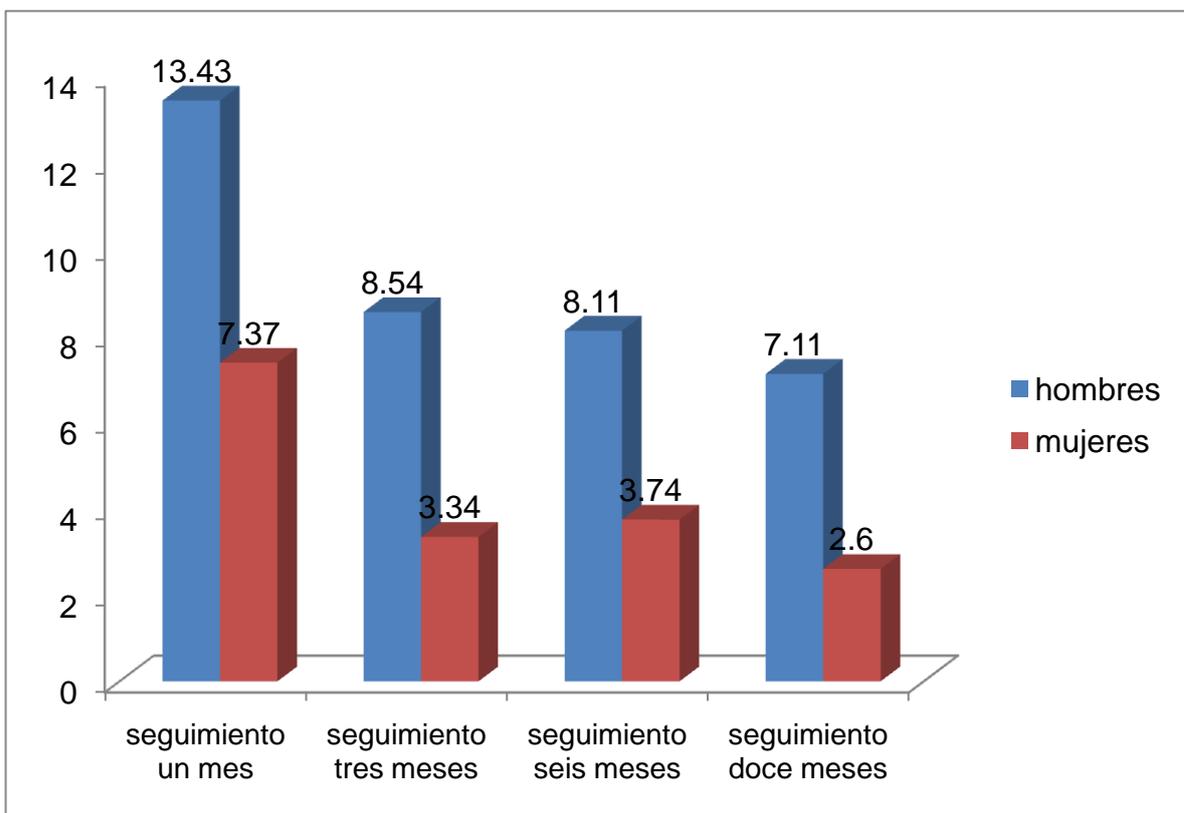
De acuerdo a los resultados obtenidos se observa (fig. 5), que existe menor consumo de copas estándar de bebidas alcohólicas en las mujeres a diferencia de los hombres; aunque en ambos se ve el mismo efecto en cuanto a los resultados de la LIBARE inicial vs LIBARE después del Consejo Breve, es decir disminución en ambos casos, siendo en mayor porcentaje en las mujeres. Para realizar esta comparación del patrón de consumo se eligieron al azar 35 estudiantes hombres, de esta forma se obtuvo una muestra con el mismo número de sujetos tanto en hombres como en mujeres.

Fig. 5. Hombres vs Mujeres. Comparación de medias pre-post tratamiento.  
N=70 sujetos



Comparando los resultados entre hombres y mujeres de los cuatro seguimientos (al mes, tres, seis y doce meses), se observa (fig. 6) disminución en el consumo de copas estándar gradual en los hombres a diferencia de los resultados de las mujeres que al sexto mes de seguimiento hubo un leve aumento en la cantidad de copas estándar consumidas, para el ultimo seguimiento nuevamente se observa la disminución tanto en mujeres como en hombres en la cantidad de copas consumidas.

Fig. 6. Seguimientos hombres vs mujeres (mes, tercer, sexto y doceavo mes).



<b>Tabla no. 1</b>
ANOVA. Comparación de medias
Patrón de consumo

LIBARE	Sexo	Media (x)	Desv. estándar	F	Sig.
PRE-LIBARE 3 meses antes del Consejo Breve	Hombres	40.03	12.699	43.31	.000
	Mujeres	22.43	9.435		
POST-LIBARE 12 meses después del Consejo Breve	Hombres	37.20	17.261	39.64	.000
	Mujeres	17.06	7.76		

De acuerdo al análisis de varianza (ANOVA), al comparar el patrón de consumo a través del tiempo (seguimientos al mes, tres, seis y doceavo mes) con el patrón de consumo antes del consejo breve, se encontró que, a los tres meses antes del C.B hay una  $F = 43.31$  con una  $sig. = .000$ . y a los doce meses después de la aplicación del C.B se obtuvo por medio del análisis de varianza una  $F = 39.64$  con una  $Sig. = .000$

De igual forma, al hacer análisis por sexo; se observa, de acuerdo a la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), los hombres tienen una media de 40.03 con una desviación estándar de 12.699 y las mujeres, su media es de 22.43 con una desviación estándar de 9.435, a los tres meses. En el LIBARE aplicado a los doce meses de haber iniciado el C.B, en hombres hay una media de 37.20 con desviación estándar de 17.261 y en las mujeres una media de 17.06 con una Desviación Estándar de 7.76.

Hay disminución en el patrón de consumo, tanto en hombres como en mujeres en el seguimiento a los tres meses, comparado con el pre-libare del mismo tiempo. Para los seguimientos al sexto y doceavo mes al compararlos con el pre-libare (3 meses), se obtuvieron resultados similares infiriendo que el patrón de consumo de los sujetos se mantuvo a lo largo de dichos seguimientos.

<b>Tabla no. 2</b>
ANOVA. Comparación de medias
Primer seguimiento (1 mes)

Seguimiento	Sexo	Media	Desv. estándar	F	Sig.
1 mes	Hombres	13.43	4.846	35.883	.000
	Mujeres	7.37	3.507		

De acuerdo al análisis de varianza, al comparar las variables sexo con seguimiento, encontramos que; en el primer mes hay una  $F = 35.883$  con una  $sig. = .000$ . Por lo tanto, aceptamos la hipótesis alterna ( $H_i$ ); es decir, el Consejo Breve modifica el patrón de consumo de los sujetos, hacia un menor consumo.

De igual forma, al hacer análisis por sexo; se observa, que los hombres tienen una media de 13.43 con una desviación estándar de 4.846 y las mujeres, su media es de 7.37 con una desviación estándar de 3.507. Donde los

hombres tienen el mayor consumo de copas por mes. Existen diferencias en el consumo entre ambos sexos.

<b>Tabla no. 3</b>
ANOVA. Comparación de medias Segundo seguimiento (3 meses)

Seguimiento	Sexo	Media	Desv. estándar	F	Sig.
3 meses	Hombres	8.54	4.74	33.429	.000
	Mujeres	3.34	2.40		

De acuerdo al análisis de varianza, al comparar las variables sexo con seguimiento, encontramos que; en el tercer mes hay una  $F = 33.429$  con una  $sig. = .000$ . Por lo tanto, aceptamos la hipótesis alterna ( $H_i$ ); es decir, existen diferencias en el patrón de consumo de los estudiantes después de su participación en la investigación donde se les proporcionó el consejo breve.

De igual forma, al hacer análisis por sexo; se observa, que los hombres tienen una media de 8.54 con una desviación estándar de 4.74 y las mujeres, su media es de 3.34 con una desviación estándar de 2.40. Donde los hombres tienen mayor consumo de copas por mes.

<b>Tabla no. 4</b>
ANOVA. Comparación de medias Tercer seguimiento (6 meses)

Seguimiento	Sexo	Media	Desv. estándar	F	Sig
6 meses	Hombres	8.11	5.400	17.409	.000
	Mujeres	3.74	3.042		

De acuerdo al análisis de varianza, al comparar las variables sexo con seguimiento, encontramos que; para el sexto mes hay una  $F = 17.409$  con una  $sig. = .000$ . Por lo tanto, aceptamos la hipótesis alterna ( $H_1$ ); es decir, el Consejo Breve como tratamiento aplicado a los estudiantes de la UNAM y la reducción del consumo de copas estándar, están relacionados directamente.

De igual forma, al hacer análisis por sexo; se observa, que los hombres tienen una media de 8.11 con una desviación estándar de 5.400 y las mujeres, su media es de 3.74 con una desviación estándar de 3.042. Donde los hombres tienen el mayor consumo de copas por mes. Sin embargo se observa para el sexto mes una disminución en el consumo de copas estándar, para ambos sexos, siendo más notorio en los hombres, tomando en cuenta que los resultados del sexto mes son comparados con el pre-libare de tres meses.

<b>Tabla no. 5</b>
ANOVA. Comparación de medias Cuarto seguimiento (12 meses)

Seguimiento	Sexo	Media	Desv. Estándar	F	Sig.
12 meses	Hombres	7.11	5.551	20.010	.000
	Mujeres	2.60	2.199		

De acuerdo al ANOVA, al analizar la variable sexo con seguimiento, encontramos que; para el doceavo mes (primer año) hay una  $F= 20.010$  con una  $sig.= .000$ . Por lo tanto, aceptamos la hipótesis alterna ( $H_i$ ); es decir, el Consejo Breve como tratamiento aplicado a los estudiantes de la UNAM, modifica el patrón de consumo de estos.

De igual forma, al hacer análisis por sexo; se observa, que los hombres tienen una media de 7.11 con una desviación estándar de 5.551 y las mujeres, su media es de 2.60 con una desviación estándar de 2.199. Donde los hombres tienen el mayor consumo de copas por mes. Sin embargo se observa para el doceavo mes (primer año) una disminución en el consumo de copas estándar, para ambos sexos.

## CONCLUSIÓN

De acuerdo al análisis estadístico realizado en donde se comparó el consumo inicial contabilizado por medio de copas estándar con el consumo final, es decir, después de doce meses donde se llevaron a cabo una sesión terapéutica y cuatro seguimientos así como lo mencionado anteriormente se llegaron a las siguientes conclusiones:

- ❖ Se redujo el patrón de consumo de alcohol de los estudiantes de las facultades de Arquitectura, Filosofía y Letras, Economía e Ingeniería, es decir la moderación o abstinencia se mantuvo al reforzar el consejo breve.
- ❖ El consejo breve es una intervención efectiva para los estudiantes que estuvieron bajo tratamiento, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.
- ❖ La comparación pre-post consumo se realizó entre los tres meses previos, comparado con los seis y doce meses por lo que se podría inferir que dicha disminución se mantendría en la comparación a los seis y doce meses previos.
- ❖ En ambos sexos –hombres y mujeres- se observó un efecto similar, es decir se redujo la cantidad de copas estándar a lo largo de los seguimientos. Para el tercer (seis meses) y cuarto seguimiento (doce meses) la disminución del consumo se compara con el pre-libare de tres meses, por lo tanto podemos inferir que a través de estos seguimientos continuo la disminución del consumo de copas estándar.
- ❖ Los estudiantes manifestaban sentirse físicamente mejor ya que algunos se inscribieron a actividades deportivas o recreativas en las horas que dedicaban a consumir alcohol.

- ❖ Esta investigación es una aportación importante ya que se lleva a cabo en algunas de las facultades de la UNAM, sumándose a diversas investigaciones llevadas a cabo en estudiantes a nivel licenciatura
- ❖ Estos hallazgos pueden ser el apoyo para futuros estudios o investigaciones que se lleven a cabo en una mayor población.
- ❖ Como dato importante y el cual no se estudio dentro de esta investigación es que algunos estudiantes manifestaban que conforme reducían su consumo de alcohol también reducía el consumo de tabaco.

## DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue determinar la efectividad del consejo breve sobre el patrón de consumo de alcohol de los estudiantes de licenciatura de las facultades de Arquitectura, Economía, Filosofía y letras e Ingeniería.

Se explicó por medio de un folleto los tres tipos de bebedores y los abstemios; 1) abstemios, personas que no beben alcohol, 2) bebedores de bajo riesgo, grupo de personas que cuando beben lo hacen moderadamente, 3) bebedores de alto riesgo, personas cuya forma de beber es probable que les causará problemas y 4) dependencia, personas con problemas serios debido al consumo de alcohol. Se explicó los riesgos que conlleva el consumo de alcohol tales como, problemas sociales, legales, médicos, domésticos, laborales, económicos, cambios de estado de ánimo y agresividad. También reducen las expectativas de vida y causan accidentes o muerte por conducir bajo el efecto del alcohol.

Se recomendó la reducción de la frecuencia y cantidad de la siguiente manera:

- Tomar una copa estándar por hora (una botella de cerveza, un vaso de destilados, una copa de vino, un caballito de tequila).
- Si es hombre, no más de cuatro copas estándar por ocasión y no más de 12 por semana.
- Si es mujer, tomar no más de tres copas estándar por ocasión y no más de nueve a la semana.
- Dejar de beber algunos días a la semana.

Recordar ocasiones en las que es peligroso el consumo de una sola copa estándar:

- Cuando se maneja un auto o maquinaria de trabajo
- Si estas embarazada
- Si tomas determinados medicamentos
- Si tienes problemas de salud
- Si no puedes controlar tu consumo
- Si tienes depresión

Los resultados de esta investigación muestran modificación en el patrón de consumo de los estudiantes de las facultades en las cuales se aplicó el consejo breve, tanto en hombres como en mujeres a lo largo de los seguimientos, se observó que la cantidad de copas estándar disminuyó. Estos resultados coinciden con otra investigación donde, se aplicó el consejo breve en adolescentes escolares que abusan del alcohol, donde el efecto del consejo breve sobre la cantidad de alcohol consumida posterior a la intervención resultó ser de magnitud grande; mostrando reducción en el patrón de consumo de alcohol en adolescentes escolares. (Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez y Salazar, 2008).

Hector Ayala y cols en el año 2001 determinaron que la efectividad de las intervenciones breves se relaciona principalmente con la reducción del patrón de consumo de alcohol en niveles moderados y en individuos con niveles bajos.

Un dato importante es que en nuestro país, el 88% de las personas, que reportan consumo peligroso y excesivo, también tuvieron episodios en los que bebieron moderadamente, lo cual parece indicar que, bajo ciertas circunstancias estas personas pueden controlar su consumo. (Echeverría 2004)

Con lo mencionado anteriormente se puede inferir que los sujetos que participaron en el programa en periodos de consumo moderado aplicaban las diversas estrategias que se les proporcionaba durante el consejo breve para evitar riesgos asociados y de esta forma tener un mayor control en su patrón de consumo.

En otro estudio se encontró una prevalencia del Consumo Riesgoso y Dañino de Alcohol (CRDA) mayor en los hombres que en las mujeres, encontrando que estos estudiantes presentaron el CRDA casi dos veces mas frecuente que las mujeres de la misma edad, se incremento en los estudiantes de ambos sexos después de los 19 años de edad alcanzando su mayor frecuencia en aquellos de entre 20 y 25 años, para posteriormente disminuir y alcanzar su nivel más bajo en los y las estudiantes de 29 o más años de edad (Díaz M. 2008)

Estos resultados coinciden con otra investigación donde se llevo a cabo una evaluación de dos intervenciones breves (intervención breve y consejo breve) para la disminución del consumo de alcohol en adolescentes rurales, se encontró que ambas intervenciones incidieron en el patrón de consumo de los adolescentes, es decir son efectivas para aquellos que abusan del alcohol y presentan problemas relacionados; además de que el consejo breve es una estrategia con mejor costo-efectividad. (Salazar 2007)

Los sujetos señalaban esta situación durante sus sesiones, ya que mencionaban sus tiempos cortos debido a horarios escolares y de trabajo, es decir era un programa en el cual las sesiones eran cortas y breves al igual que los seguimientos, por lo mismo aceptaban participar en dicho programa.

En general se observo cambios en el patrón de consumo de los estudiantes existiendo disminución en la cantidad de copas estándar de alcohol consumidas tanto en hombres como en mujeres, reforzando en cada uno de los seguimientos el consejo breve, y manteniéndose el bajo consumo de copas estándar.

## **Sugerencias**

Se sugiere realizar estudios donde el patrón de consumo se compare con tiempos reales, es decir pre-libare de seis meses con seguimiento de seis meses de la misma forma a los doce meses respectivamente.

En estudios posteriores identificar si el nivel de riesgo que los estudiantes tienen acerca del consumo de bebidas alcohólicas influyo en la disminución del patrón de consumo.

Ampliar esta investigación en donde se estudie si disminuye el patrón de consumo de los participantes en niveles de consumo diferentes a las estudiadas en esta investigación.

Realizar nuevas investigaciones con las mismas facultades para reforzar está o con mayor numero de facultades para observar el comportamiento del patrón de consumo de los estudiantes de la UNAM.

Estudiar si al reducir el consumo de bebidas alcohol, a la par se reduce el consumo de otra sustancia adictiva, ya que algunos estudiantes señalaban que se redujo su consumo de tabaco, sin embargo esta parte no se estudio en esta investigación.

## **Limitaciones**

Debido a que algunos alumnos expresaron ya no consumir bebidas alcohólicas desde su ingreso a la universidad, o sus tiempos eran muy limitados debido a responsabilidades en la escuela y trabajo rechazaron participar en el programa, por lo cual se disminuyó el tamaño de la muestra.

## **Alcances**

Se aporta información acerca del comportamiento en el consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de algunas facultades de la UNAM.

Los resultados de esta investigación se suman a las realizadas anteriormente y aporta resultados para futuras investigaciones con población estudiantil.

## BIBLIOGRAFÍA

Alonso C., Salvador T., Suelves J.M. et al. (2004) Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Centro de estudios sobre Promoción de la Salud.

Ayala H., Echeverría L., Sobell, & Sobell. (2001). "Una Alternativa de Intervención breve y temprana para bebedores. Problema en México", en Tratamiento de Conductas Adictivas. México, UNAM.

Ayala H. y Carrascosa V. (2000) "El alcoholismo: una perspectiva psicológica". Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología. Enero-junio, vol. 5, núm. 1.

Babor T., Higgins-Biddle J. (2001) Brief Intervention. For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care. Department of Mental Health and Substance Dependence.

Babor T., Higgins-Biddle J. Saunders J., Monteiro G. M. (2001) AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Second Edition. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence.

Barragán L., González J., Medina-Mora M., Ayala H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. Revista Salud Mental. Febrero, vol. 28, número 001, pp. 61-71

Begoña E. (2002) Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Universidad de Santiago de Compostela. Delegación del Gobierno para el plan nacional sobre drogas. Madrid

Berruecos L., Díaz-Leal L. (1994) Curso básico sobre adicciones. CENCA. Fundación "Ama la vida" IAP. Diplomado sobre adicciones. México. 1ra edición.

Borsari B., Carey B. K. (2005) Two Brief Alcohol Interventions for Mandated College Students. *Psychology of addictive behaviors: journal of the*.

Comas, D. (1985) *El uso de drogas en la juventud*. Barcelona: juventud y sociedad.

Díaz A., Díaz R., Hernández C., Narro J., Fernández H., Solís C. (2008) Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Revista Salud Mental*. Julio-agosto, vol. 31, número 004, pp. 271-282

Echeburúa, E. (1986) *El alcoholismo en el país vasco*. Algunas claves socioculturales.

Echeburúa, E. (2001) *Abuso de alcohol: guía practica para el tratamiento*. Madrid. Síntesis

Echeverría, L., Ruiz, T.G.M., Salazar, G. M.L., Tiburcio, S. M. A. (2004) *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. curso de capacitación para profesionales de la salud. México D.F: UNAM, Facultad de psicología.

FISAC. Ybarra Duperou I. Director General de FISAC. (2005) Seminario permanente: "Investigación, cultura y salud". Enfoques sobre el consumo de bebidas alcohólicas en al Universidad Nacional Autónoma de México. Noviembre

Griffith E. (1986) *Tratamiento de Alcohólicos*. Editorial Trillas.

Inmaculada L., Pérez E., Álvarez V., Robledo de Dios T. (2005) *Alcohol y conducción: una mezcla peligrosa*. Exoma. Diputación Provincial de Valladolid. Universidad de Valladolid.

Journal of American College Health. (2000) "College Binge Drinking in the 1990s: A Continuing Problem. Results of the Harvard School of Public Health 1999 College Alcohol Study." 48

Martínez, K. I., Pedroza, F. J., Vacío, M. A., Jiménez, A. L., & Salazar, M. L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la conducta*. 34, 247-264

Medina-Mora M. Natera G., Borges G. (2002) Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. *Observatorio Mexicano*.

Ministerio de sanidad y consumo. (2008). Prevención de los problemas derivados del alcohol. Primera conferencia de prevención y promoción de la salud en al practica clínica en España. Madrid 14 y 15 de junio 2007.

Monteiro, M. G. (2007) Alcohol y salud publica en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C: OPS.

Moos, R., Finney, J.W. (1983) The expanding scope of alcoholism treatment evaluation. *American psychologist*.

Mora C. (2002) Consumo de alcohol y de adaptación en estudiantes de tercer año en medicina. Tesis. UNAM

Nathan, P., Titler, N., Solomon, P. (1970) Behavioral analysis of chronic alcoholism: interaction of alcohol and human contact. *Archives of general psychiatry*.

North, R., Orange, R. (1991) El alcoholismo en la juventud. Editorial Concepto.

OMS. (2007) Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol. Segundo informe.

Pérez J. A., Urteaga M. (2004) "Historias de los jóvenes en México". Su presencia en el siglo XX. Coordinadores. 1ra edición. México

Portella E., Ridaio M., Carrillo E., Ribas E., Ribo C., Salvat M. (1998) El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Editorial panamericana. España.

Rodríguez-Martos A. (2002) Efectividad de las técnicas de Consejo breve. Revista Adicciones. Barcelona vol. 14, supl.1

Salazar M. (2007). Evaluación de dos intervenciones breves para la disminución del consumo de alcohol en adolescentes rurales. UNAM

Sampieri R., Fernández-Collado y Baptista P. (2006) Metodología de la investigación. Cuarta edición. Mc Graw Hill.

Secades, R. (1995) Alcoholismo juvenil: prevención y tratamiento. Madrid pirámide.

Secades R., y Fernández H. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Psicothema. Vol. 13, no. 3.

Schaus, J. F., Sole, M. L., McCoy, T.P., Mullett N., O'Brien M. (2009) Alcohol Screening and Brief Intervention in a College Student Health Center: A Randomized Controlled Trial.

Tapia R., Medina-Mora M., et. al. (2001) Epidemiología del consumo de alcohol y epidemiología del consumo de sustancias adictivas en las adicciones. Manual Moderno, 2ª. Edición, México.

Villatoro J., Gutiérrez M., Quiroz N., Moreno M., Gaytán L., Gaytán F., Amador N. y Medina-Mora ME. (2007) Encuesta de consumo de drogas en estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F

Villatoro J., Medina-Mora M., Hernández M., Fleiz C., Amador N, Bermúdez P. (2005) La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. Revista Salud Mental

Whitlock E.P., Polen M.R., Green A., Orleans T., Klein J. Behavioral (2004) Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med.

#### Publicaciones.

Colom, J.; Contel, M.; Segura, L.; Gual, A. (2002) ADICCIONES. Intervención en poblaciones de riesgo (2): Los bebedores de riesgo. Vol. 14, suplemento.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA). ALCOHOL ALERT. (2005) Brief Interventions. Julio. Núm. 66

*Paginas Web:*

[www. ENA. gob. mx](http://www.ena.gob.mx)

[www. INEGI. gob. mx](http://www.inegi.gob.mx)

[www. CONADIC. gob. mx](http://www.conadic.gob.mx)

[www.alcoholinformate.org.mx](http://www.alcoholinformate.org.mx)

[www.infoadicciones.net](http://www.infoadicciones.net)

[http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)).

## **ANEXOS**

## ANEXO 1. TABLA DE RESULTADOS

Se presenta una tabla que describe los datos:

- Primera columna: **sujetos**. 100 estudiantes de las facultades de Arquitectura, Filosofía y Letras, Economía e Ingeniería. 65 hombres y 35 mujeres
- Segunda columna: **sexo**. Hombres y Mujeres
- Tercera columna: **edad**. Rango de edad entre 17 y 26 años.  $\bar{X}= 20$
- Cuarta columna: **LIBARE**. Registro del consumo en copas estándar de los estudiantes antes de darles el consejo breve y de iniciar con las sesiones de seguimientos.
- Quinta columna: **seguimientos**. Los cuales se subdividen en:
  - 1er seguimiento. Al primer mes después de la entrevista inicial
  - 2do seguimiento. A los tres meses de la entrevista inicial
  - 3er seguimiento. Al sexto mes de la entrevista inicial
  - 4to seguimiento. A los 12 meses de la entrevista inicial
- Sexta columna: **LIBARE**. Registro del consumo en copas estándar de los estudiantes después de dar el consejo breve y los 4 seguimientos, en los cuales se reforzaba el consejo.

**TABLA NO. 1**

**CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ESTUDIANTES POR COPA ESTÁNDAR**

Sujetos (100)	Sexo	Edad	LIBARE (antes del Consejo Breve)	SEGUIMIENTOS				LIBARE (después del Consejo Breve)
				1er Mes (copas estándar)	3er Mes (copas estándar)	6to Mes (copas estándar)	12 meses (copas estándar)	
1	1	18	49	17	24	27	28	96
2	2	20	34	5	5	12	3	25
3	2	19	15	4	3	4	7	18
4	1	22	30	5	3	12	16	36
5	2	18	40	6	6	14	10	36
6	1	24	51	14	14	9	10	47
7	2	19	17	4	3	3	5	15
8	2	20	10	5	0	2	0	7
9	2	20	26	8	3	5	7	23
10	1	21	44	11	7	6	11	35
11	1	19	40	9	10	8	10	37
12	1	26	35	16	9	13	9	47
13	2	22	11	5	2	2	4	13
14	1	23	38	13	6	7	13	39
15	2	20	29	10	4	0	2	16
16	2	18	19	5	4	1	2	12
17	1	18	29	10	5	9	6	30
18	1	21	36	12	9	1	2	24
19	1	26	62	19	13	9	11	52
20	1	20	33	11	8	8	7	34
21	2	22	27	7	5	5	1	18
22	1	20	48	10	4	7	3	24
23	1	19	39	16	6	7	4	33
24	2	24	28	9	2	5	0	16
25	2	21	17	3	1	2	1	7
26	1	18	26	11	5	6	4	26
27	1	19	29	5	7	5	1	18
28	1	19	14	8	4	4	1	17
29	2	25	10	17	8	4	4	33
30	2	18	16	5	6	2	1	14
31	1	23	28	7	4	2	2	15
32	1	20	35	16	10	3	4	33
33	2	19	18	3	5	1	0	9
34	2	19	17	9	1	5	2	17
35	1	21	39	13	11	5	5	34
36	1	18	52	18	9	7	8	42
37	1	19	57	19	12	9	4	44

38	2	22	21	7	4	5	2	18
39	2	19	38	14	6	4	4	28
40	1	20	23	10	10	8	6	34
41	2	24	20	8	1	2	1	12
42	1	19	43	16	8	10	7	41
43	2	20	32	6	2	4	1	13
44	1	26	49	12	6	8	2	28
45	1	18	30	9	4	4	5	22
46	1	18	73	17	15	11	14	57
47	1	22	45	20	9	3	3	35
48	1	23	60	26	19	20	12	77
49	2	18	29	5	0	2	3	10
50	1	21	39	16	11	5	6	38
51	2	19	34	13	7	8	6	34
52	1	22	18	9	3	0	1	13
53	2	19	36	14	5	6	2	27
54	2	19	31	11	7	2	3	23
55	1	18	42	16	6	6	12	40
56	1	23	28	10	2	8	0	20
57	2	18	22	4	2	6	2	14
58	1	20	41	9	3	5	4	21
59	1	18	53	19	10	13	7	49
60	2	19	27	8	2	3	3	16
61	1	23	43	21	13	19	11	64
62	1	18	34	10	7	6	4	27
63	1	19	29	15	4	8	5	32
64	2	21	25	5	3	3	1	12
65	1	18	17	9	1	1	1	12
66	2	19	8	4	1	3	2	10
67	1	19	32	17	9	11	8	45
68	1	17	29	7	8	2	2	19
69	1	19	33	11	5	4	4	24
70	2	21	7	5	1	2	2	10
71	1	19	51	17	10	12	9	48
72	1	18	18	8	2	6	1	17
73	1	22	26	21	11	17	10	59
74	1	18	19	12	6	8	2	28
75	2	20	30	10	4	7	1	22
76	1	19	74	25	16	10	9	60
77	1	19	29	13	8	3	0	24
78	1	18	15	5	6	1	2	14
79	1	20	19	7	1	3	6	17
80	1	18	39	16	11	5	1	33
81	2	19	25	11	0	0	1	12
82	1	22	28	10	3	7	12	32
83	1	20	66	22	13	15	8	58
84	1	24	16	5	5	3	3	16

85	1	19	41	17	5	9	5	36
86	1	18	16	4	3	1	1	9
87	1	19	37	10	6	10	3	29
88	2	18	12	6	3	0	2	11
89	1	25	23	5	9	2	2	18
90	1	20	47	16	8	9	5	38
91	1	18	39	18	10	7	2	37
92	2	19	10	7	1	1	3	12
93	1	23	38	2	2	1	5	10
94	2	19	33	11	9	4	1	25
95	1	24	49	26	12	6	4	48
96	1	18	24	7	8	3	0	18
97	1	22	69	28	17	13	8	66
98	2	21	11	4	1	2	2	9
99	1	19	27	8	10	10	11	39
100	1	24	16	10	3	5	1	19

## ANEXO 2. PRUEBAS



### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

#### Cuestionario AUDIT

Bienvenido a la UNAM: Este estudio nos permitirá tener los datos iniciales para abrir su expediente clínico. Los resultados nos serán de utilidad para mejorar los servicios de atención individual, grupal o colectiva y cuidar los aspectos físicos, psicológicos y sociales que contribuyen en la salud de cada uno. Lea atentamente las preguntas que se presentan a continuación y conteste con sinceridad. Llene el óvalo con la opción que represente mejor su situación.

<p>1. ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas? 0= Nunca 1= Una vez al mes o menos 2= Dos o cuatro veces al año 3= Dos o tres veces por semana 4= Cuatro o más veces por semana</p> <p>2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe? (cubas o equivalentes como cervezas, vasos de pulque, cockteles, coolers) 0= 1 - 2 1= 3 - 4 2= 5 - 6 3= 7 - 9 4= 10 o más</p> <p>3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más copas en la misma ocasión?(en un mismo día, evento o reunión) 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> <p>4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> <p>5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber? ( como no ir al trabajo o a la escuela) 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> <p>6. Durante el último año ¿qué tan frecuente bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> <p>7. Durante el último año ¿qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvido algo de lo que había hecho cuando estuvo bebiendo? 0= Nunca 1= Menos de una vez al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= Diario o casi diario</p> <p>9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de una ingestión de alcohol? 0= No 2= Sí, pero no en el último año 4= Sí, en el último año</p> <p>10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje? 0= No 2= Sí, pero no en el último año 4= Sí, en el último año</p> <p>11. ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas consume habitualmente? 0. Cerveza 1. Destilados (brandy, ron, vodka, tequila, whisky, ginebra, etc.) 2. Coolers 3. Vino de mesa 4. Otros _____</p> <p>12. ¿Cuánto gasta al mes en bebidas alcohólicas? (en pesos mexicanos) 0. De 10 a 100 1. De 101 a 200 2. De 201 a 300 3. De 301 a 400 4. 401 o más \$ _____</p> <p>13. ¿Considera que su consumo de alcohol afecta su rendimiento escolar? 0. No 1. Poco 2. Moderadamente 3. Considerablemente 4. Excesivamente</p> <p>14. El lugar donde consume alcohol habitualmente es: 0. Casa 1. Cantina, restaurante o bar 2. Fiestas 3. Lugares públicos 4. Escuela</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE)

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre(s)

No. De folio: \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ No.  
I.E. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
          Día    Mes    Año

Período: \_\_\_\_\_

ENERO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

FEBRERO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

MARZO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

ABRIL						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

MAYO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

JUNIO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

JULIO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

AGOSTO						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

SEPTIEMBRE						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

OCTUBRE						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

NOVIEMBRE						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

DICIEMBRE						
Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom

## FORMA DE REGISTRO DE CONSUMO DE ALCOHOL

Nombre:					No. Exp.:					
Fecha:					Terapeuta:					
Mi meta para la semana:										
No consumir			Reducir mi consumo			Días de consumo:				
Cantidad:										
Día	Consumo 1) si 2) no 3) no hubo necesidad	Numero de copas por tipo de bebida consumida			Total de copas (si no consumiste escribe "0")	Situación en la que consumió				Pensamientos y Sentimientos relacionados con el consumo
		cerveza	destilados	Vino		solo	otros	1	2	

### **ANEXO 3. CONSEJO BREVE**

Es una estrategia en un tiempo limitado centrada en el paciente que se dirige a cambiar la conducta del paciente y aumentar su apego a la terapia.  
Fleming M, 1999

Es una discusión dirigida (con frecuencia de 15 minutos) que puede disminuir el uso de alcohol en pacientes con consumo riesgoso.

Está diseñada para promover la conciencia de los efectos negativos del alcohol y para motivar el cambio. En él se incluyen retroalimentación sobre los efectos del alcohol, las normas aceptadas y los límites de consumo y el uso de literatura informativa. (Fiellin DA et al, 2000)

El consejo breve contempla los principios de la entrevista motivacional, los cuales consisten en escuchar a los sujetos de manera atenta, crear una discrepancia entre lo que el sujeto hace y lo que quiere lograr en un futuro, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la auto-eficacia. Además se adiciona un componente de autocontrol, con el propósito de que el adolescente sea capaz de optar por el consumo moderado o la abstinencia, que en el futuro tendrán una recompensa global mayor a diferencia del consumo en exceso, el cual tiene beneficios inmediatos pero que lleva a un decremento en la recompensa global (Rachlin, 1997).