



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN  
PSICOLOGIA  
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

**UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA CON EL MODELO DE  
PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES CHIMALLI**

**Y**

**LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE SATISFACTORES  
COTIDIANOS Y EL MODELO DE BEBEDORES  
PROBLEMA**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRIA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

**MARISOL GAMBOA GONZALEZ**

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. MARÍA ELENA CASTRO SARIÑANA

COMITÉ TUTORIAL: DRA. LYDIA BARRAGAN TORRES

DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

DRA. SILVIA MORALES CHAINE

MTRO. CESAR CARRASCOSA VENEGAS

**MEXICO, D.F.**

**NOVIEMBRE 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



Agradezco en primer lugar a todas las personas que participaron con entusiasmo en el desarrollo de las experiencias preventivas. Su apoyo y confianza significaron mucho para mí.

Gracias infinitas a la vida por ser hija de dos seres a quienes amo profundamente: Gaby y Héctor

---

Me siento orgullosa del esfuerzo y la dedicación desempeñada a lo largo de toda mi formación. Trabajo social ha sido una base destacada en todos mis actos, en mi forma de ser y de interpretar con lo cual, considero haber logrado un contacto franco con las personas y conmigo misma.



# Índice

	Pág
<b>Introducción</b> □	I
<b>Capítulo 1</b> □ <b>Registros epidemiológicos sobre el consumo de drogas en el Distrito Federal</b>	1
Consumo de alcohol	4
Consumo de drogas médicas e ilegales	4
Tendencias globales del consumo de drogas en el Distrito Federal	6
Consumo de sustancias en población estudiantil	6
Escuelas en donde se detecta mayor consumo	7
Factores asociados al consumo de drogas en los jóvenes	8
Tendencias globales del consumo de drogas en jóvenes	9
Problemas de salud relacionados con el uso de sustancias	9
<b>Capítulo 2</b> □ <b>Factores de riesgo y protección</b>	13
Factores de riesgo	16
Factores de protección	19
Implicaciones en los programas de intervención	21
<b>Capítulo 3</b> □ <b>Prevención de conductas adictivas</b>	23
Niveles de prevención	26
Prevención basada en la evidencia	31
Modelo preventivo	32
Programa preventivo	34
Métodos de evaluación en la práctica preventiva	37
Material Preventivo	40
<b>Capítulo 4</b> □ <b>Modelos de prevención de adicciones en México</b>	45
Programa Limpiemos México	47
Modelo ECO-2	49
Modelo “Uso de alcohol y otras drogas en el lugar de trabajo”	51
Modelo “Yo quiero, Yo puedo”	53
Modelo de prevención CHIMALLI	55
Análisis de los componentes de los modelos	58
Análisis global	66
<b>Capítulo 5</b> □ <b>Formulación de programas de prevención</b>	69
Aplicación del modelo Chimalli en una comunidad de la Delegación Coyoacan, D.F.	71
Aplicación del modelo Chimalli estudiantes de nivel secundaria de la Delegación Coyoacan, D.F.	87

<b>Capítulo 6</b>	<b>▣ Tratamiento de conductas adictivas</b>	103
	Teorías del aprendizaje por condicionamiento	105
	Economía conductual	106
	Teoría social cognitiva	107
<b>Capítulo 7</b>	<b>▣ Métodos y modalidades de tratamiento cognitivo conductuales</b>	109
	Componentes básicos de un programa de tratamiento cognitivo conductual para las conductas adictivas	111
	Modalidades de tratamiento cognitivo conductual	112
	Intervención breve	114
	Intervención a largo plazo: Reforzamiento Comunitario CRA	116
	Prevención de recaídas	118
	Preguntas de investigación relacionadas al tratamiento de conductas adictivas	119
<b>Capítulo 8</b>	<b>▣ Formulación de programas de tratamiento</b>	123
	Aplicación del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC)	125
	Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Reporte de caso	153
<b>Conclusiones</b>	<b>▣</b>	175
<b>Anexos</b>	<b>▣</b>	181
	<b>Anexo A1</b>	183
	<b>Anexo A2</b>	191
	<b>Anexo B1</b>	202
	<b>Anexo B2</b>	207
	<b>Anexo C1</b>	213
	<b>Anexo C2</b>	215
	<b>Anexo C3</b>	220
	<b>Anexo D</b>	221
<b>Referencias</b>	<b>▣</b>	229

# Introducción

---



La Humanidad desde tiempos antiguos ha consumido sustancias psicoactivas. El uso de alcohol, opio, marihuana, tabaco, peyote, café, etc. ha tenido diversos e interesantes fines y usos. Las drogas en varias culturas como la china, la cretense, la turca, la hindú, la indígena (azteca, inca, tolteca y maya), la griega, etc. se utilizaron con fines medicinales, espirituales, trascendentales y sociales. Esto hace pensar que alguna vez para los seres humanos el consumo de drogas no significaba problema alguno.

La utilidad de las drogas en las sociedades modernas es distinta. Este cambio ha de comprenderse a la par de los avances científicos. La ciencia química, la biología, la física, la medicina y la farmacología han producido cuerpos teóricos sobre las propiedades constituyentes de las drogas y muy recientemente, han dado a la luz la explicación de cómo interactúan las drogas y el cerebro animal, más específicamente sobre los efectos diferenciados de cada una y como pueden ser potencializados al ser sintetizados. El uso de diferentes vías de administración, la constitución orgánica del individuo, el contexto de administración, la cantidad y la frecuencia determinan en conjunto los efectos del consumo.

Se ha identificado hasta que punto una droga puede ser tóxica para un organismo, es decir, que se convierta en un veneno sí así se podría denominar de una manera anodina y hasta donde cabe su uso pertinente, en otras palabras se conocen los mecanismos de acción de las drogas y las cantidades que sugieren intoxicación.

Quizá antiguamente el consumo de drogas no era un problema social, hoy desde luego, se asocia droga con adicción. Organismos internacionales como la OMS definen como droga: “toda sustancia que una vez introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”. Lo que subyace en una definición clásica como la descrita es el concepto de adicción.

La adicción en referencia al consumo de drogas es un concepto de reciente creación. (Fromberg, 1994 citado por Serrano, C., 2008). Cómo se lee es necesario observar y diferenciar droga de adicción y observarlas a ambas desde varios ángulos. La adicción por ejemplo, no es un problema exclusivamente de salud, también lo es económico, político, ético y por supuesto, social.

Durante la formación se comprendió que este fenómeno hay que visualizarlo en un continuo, donde por un lado existe un extremo donde el consumo es inicial o experimental. Lo que ahí es importante detectar es que factores rodean el contexto de administración, la cantidad, la frecuencia, los motivos, las expectativas y las consecuencias de ese consumo. Si todo ello ocurre de tal forma que el usuario

comience a manifestar conductas desadaptativas en su relación con el ambiente entonces se trata de abuso que es precisamente un patrón de uso desadaptativo y peligroso cuyos límites son difíciles de definir. Cuando un individuo se excede de manera frecuente en su consumo es probable que se encamine sin darse cuenta, hacia la dependencia que es un estado patológico caracterizado por un nivel de tolerancia a la sustancia y por un síndrome de abstinencia (sintomatología a nivel fisiológico y conductual, también conocido como de retirada) que se presenta cuando se interrumpe abruptamente el consumo. El usuario puede perder el autocontrol de su conducta, provocando que fracase en su intento por dejar la sustancia. Todas sus esferas de vida, de alguna manera, se ven afectadas.

En el consumo problemático de sustancias contribuyen varios determinantes etiológicos, por un lado participan aquellos relacionados con la constitución orgánica y genética de los individuos. La afinidad por el consumo de algunas sustancias como el tabaco y el alcohol depende de la influencia de un patrón genético (Centro de Adicciones y Salud Mental de la Universidad de Toronto, 2006).

Se ha demostrado que todas las sustancias psicoactivas actúan en los mismos circuitos cerebrales, particularmente en el circuito cerebral de recompensa. De alguna manera, sustancias depresoras, estimulantes, desinhibidoras, alucinantes, entre otras, estimulan la liberación de dopamina en los circuitos de recompensa, desarrollándose así un proceso de neuroadaptación.

La compulsión al consumo descansa en dos efectos básicos: recompensa asociada a los efectos euforizantes de la droga y su propiedad por amplificar o exacerbar los efectos de los estímulos de recompensa condicionantes (Anton y Leff, 2006).

Otros determinantes se hayan en la historia y el medio ambiente. Existen factores como la cultura que permiten el consumo, conformando normas sociales que regulen su uso en diferentes grupos y niveles sociales. Factores asociados como la edad, el género, las condiciones socioeconómicas, entre ellas, la pobreza, el estrés y la violencia o el conjunto y/o combinación entre éstos, correlacionan positivamente con un consumo problemático y diferenciado de sustancias. Es importante diferenciar entonces entre consumo, consumo problemático y adicción (que en el argot científico también se entiende como conducta adictiva) y sobre todo ubicar en cada uno de ellos fases o etapas ya que resulta de gran utilidad para comprender como se construyen cadenas conductuales que los reproducen.

Las conductas adictivas son un campo de intervención en salud pública de primera necesidad. En la nomenclatura del DSM- IV se reconocen dos criterios para determinar una adicción: abuso y dependencia. Ambos describen un grado distinto de adherencia al consumo de una o varias sustancias psicoactivas. De acuerdo a la

cantidad y frecuencia de consumo se genera un nivel determinado de dependencia física y/o psicológica.

La Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Facultad de Psicología tiene a su cargo la formación de profesionales que responden a problemas de cualquier orden en la sociedad mexicana. La maestría en Psicología de las adicciones es un nivel de estudios profesionalizante que forma a expertos a nivel científico en materia de adicciones.

Particularmente, el plan de estudios contempla alrededor de 1656 horas teórico-prácticas (40 horas semanales) distribuidas en diversas actividades formativas como la participación en seminarios de investigación básica y epidemiológica, la evaluación de investigación aplicada, la implementación de la metodología de caso único así como la aplicación de programas de tratamiento y prevención en adicciones a diferentes niveles.

Las adicciones son un problema social y su atención debería ser en la mayor medida posible por la implementación de métodos y modelos probados. La instrumentalización de modelos es un campo práctico que sienta las bases del desarrollo de futuros conocimientos científicos.

En este caso, la UNAM a través de sus programas de formación, crea, adapta e implementa modelos de intervención que benefician a la práctica institucional, pública y privada de nuestra sociedad. Tanto el gobierno como la sociedad civil tienen la necesidad y responsabilidad de utilizar métodos científicos en la intervención de sus causas.

En la realidad, se observa que el gobierno y sus instituciones implementan acciones que efectivamente dan respuesta a los problemas pero existen dudas sobre su sustento científico pues se perciben con mayor claridad, intenciones políticas particulares, muchas de las veces, poco viables e inclusive en contra de verdaderas alternativas; aunque también se observa que, difícilmente la ciencia, sobre todo en materia psicosocial, tenga un reconocimiento y atención pertinente por parte del Estado, no obstante, se reconoce la lucha a favor de que la ciencia social (dentro de ellas la psicología, el trabajo social, la sociología y la ciencia política) tengan un grado suficiente de influencia en el cumplimiento de la misión institucional. El quehacer académico puede ofrecer resultados efectivos y mejorar la actuación del gobierno y de la sociedad civil.

Una contribución fundamental de los modelos es la creación de cuerpos teóricos para definir problemas y métodos legítimos en un campo específico de investigación

(Gallego, 2004) en este caso, las adicciones, demandan en primera instancia, un marco teórico (con una base empírica) que permita el desarrollo de programas, la contrastación de nuevos datos empíricos, la producción de literatura científica plantea preguntas de investigación.

La vinculación entre experiencias derivadas de la aplicación de programas, su sistematización y la práctica de investigación permiten comprender el por qué las evidencias observacionales no son siempre definitivas (Caldín, 2002, citado por Gallego, 2004). El formarse, aprender y conocer son procesos continuos, reflexivos, dinámicos que sugieren tanto al sistema académico como al estudiante sensibilidad, poder de observación y capacidad de reflexión con miras a un cambio en las respuestas frente a los problemas planteados.

El reporte de experiencia profesional constituye una integración de prácticas científicas que en su momento, atendieron al fenómeno. Su registro permite destacar una práctica profesional, efectiva y con resultados favorables a determinados plazos en los individuos, grupos y comunidades atendidos. Lejos de ser un trámite de titulación, para la autora representa una integración de aprendizajes en torno a la propia identidad y ética profesional.

La UNAM al formar profesionales espera que éstos regresen a la sociedad respuestas favorables que indiquen estilos propios de su quehacer disciplinar. El transmitir las competencias académicas adquiridas durante la formación permite el planteamiento de preguntas desde el lector sobre lo aplicado y aprendido.

La primera parte del presente reporte trata sobre el panorama epidemiológico del uso de sustancias, particularmente en el D.F. por ser el contexto de aplicación de los modelos de intervención, también se describen las consecuencias más importantes del uso de sustancias en el orden familiar, laboral, de salud y social. En último lugar, son descritos los factores de riesgo y de protección que rodean a las conductas adictivas.

En una segunda parte, se define a la práctica preventiva, retomando los niveles, modelos y las características científicas de un programa de prevención. Después se analizan cuatro de los programas de prevención que operan en la realidad mexicana.

La “Formulación de Programas de Intervención” expone la práctica desempeñada en materia de prevención y tratamiento. En el área de prevención se expone la aplicación del modelo de prevención de riesgos psicosociales Chimalli en una comunidad abierta y en una Escuela Secundaria de la Delegación Coyoacan. En la siguiente tabla se describen los grupos y las personas relevantes que hicieron posible el desarrollo de esta experiencia.

**Tabla 1. Grupos y Personas Relevantes**

Grupo	Caracterización	Fortalezas	Debilidades	Expectativas
<b>Estudiantes</b>	10 Adolescentes de 12 años	Entusiasmo, curiosidad por aprender habilidades para la vida con capacidad de escucha, recepción de mensajes de protección.	Por el horario escolar puede dificultar la participación de algunos estudiantes.	Aprender habilidades de protección.
	10 Adolescentes de 13 años			Conocer nuevos compañeros.
<b>Dirección escolar</b>	Autoridad del plantel	Facilita los espacios físicos y los recursos materiales para la realización de los talleres	No disponibilidad de espacios o materiales.	Que la población escolar: maestros, trabajo social, etc., se beneficien del programa.
<b>Marisol Gamboa</b>	Estudiante de maestría psicología de las adicciones	Experiencia en prácticas comunitarias	Dificultades de traslado.	Lograr cambios en actitudes (adolescentes y comunidad).
		Conocimiento del programa preventivo	Coordinación de actividades que rebasa tiempos estimados.	Lograr la participación.
		Gestión, Creatividad, Motivación	No se conoce la localidad.	Evaluar habilidades para la vida en miembros de la red.
<b>Maestra María Elena Castro Sariñana</b>	Directora INEPAR y tutora de la residencia en psicología de las adicciones.	Amplia experiencia en la implementación de modelos de prevención de riesgos.	Dificultad para acudir a los escenarios.	Generación de ambientes protegidos.
<b>Miembros de la red</b>	12 personas de la comunidad que de manera voluntaria conformaron una red de prevención de riesgos.	Voluntad, entusiasmo, actitud solidaria. Interés en informarse y en desarrollar habilidades para la vida	Poco tiempo, que las exigencias de organización desmotiven y dejen de participar.	Desarrollar habilidades, compartir y convivir con gente de la comunidad.
<b>Lic. Raúl Avílez</b>	Director de la Casa de la Cultura Raúl Anguiano	Facilita espacios físicos para el desarrollo del programa preventivo.	No tenga disponibilidad en espacios y tiempos para desarrollar el programa	Que la comunidad sea beneficiada por sí misma.
<b>Miembros de la comunidad</b>	Personas que viven en la comunidad y que tienen un interés por protegerse de los riesgos psicosociales.	Motivación, voluntad, solidaridad e interés por participar.	Algunas personas solo acuden en una sola ocasión por necesidades concretas de información.	Modificar actitudes y comportamientos obtener información, conocer nuevas personas,
<b>Centro Comunitario Julián Mc. Gregor</b>	Centro de atención psicológica de la Facultad de Psicología, UNAM	Facilitar un espacio para la organización del material, centro de referencia para cualquier acción con la comunidad.	Por sus diversas actividades programadas y limitación de recursos el apoyo sea muy limitado.	Colaborar y difundir en la medida de lo posible acciones de prevención de drogas hacia la comunidad.

En el siguiente apartado, se describen principios teóricos que sustentan al paradigma cognitivo conductual y sus programas de intervención en el ámbito del tratamiento y se formulan algunas preguntas de investigación que tocan aspectos relevantes asociados a la práctica clínica.

Posteriormente, se expone una formulación de programas de intervención en el área de tratamiento donde se reporta la aplicación del Programa de Satisfactores Cotidianos en ocho usuarios de drogas internados en un centro de tratamiento público del Distrito Federal y la exposición de un caso atendido bajo el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema en el Centro de Tratamiento Acasulco de la Facultad de Psicología, UNAM.

Estudiar la maestría en adicciones fue personalmente la continuación de una experiencia en la atención a modo de consejería en usuarios migrantes, residentes de Illinois, USA. La autora a raíz de esa experiencia, tuvo la inquietud de adquirir habilidades profesionales en el ámbito de tratamiento y prevención así como el interés de conocer otras perspectivas para atender las adicciones.

La dirección de la tutora, la Maestra María Elena Castro Sariñana constituyó un apoyo importante en la formación al permitir, el aprendizaje y el reforzamiento de habilidades profesionales en materia de prevención, área de especial interés debido a la formación previa de la autora, Trabajo Social.

Trabajar con la comunidad fue reivindicativo de los propios principios profesionales, de hecho, efectivamente, se comprendió que el implementar los modelos de intervención individual (tratamiento) y grupal (prevención) aporta siempre nuevas preguntas, promueve inquietudes que dan pauta a crear nuevos caminos de crecimiento humano.

El paso por este nivel de estudios motivo reflexiones profundas sobre el sentido profesional y el compromiso con la propia vida. Se reflexiona que a pesar de adversidades inesperadas (y muchas veces incomprensibles) se debe seguir luchando y no perder de vista la confianza y la verdad sobre uno mismo, aunque todo parezca estar en contra.

Una experiencia primordial en este sentido, fue el trabajo en comunidad que permitió aumentar la confianza en las propias capacidades a nivel profesional y personal. El compartir y el aprender con la gente honró en definitiva a la autora como estudiante y profesional y le dió sentido al actuar en este tiempo de formación.

**Registros  
epidemiológicos  
sobre el consumo  
de drogas en el  
Distrito Federal**

---

**Capítulo 1**





El Distrito Federal es la entidad federativa más pequeña del país y la de mayor densidad poblacional (INEGI, 2005). Se conforma por 16 delegaciones donde viven un total de 8, 605,239 personas.

Desde principios de los años cuarenta es una alternativa de vida para muchos mexicanos, quienes han emigrado (y lo siguen haciendo) desde el interior de la república mexicana en busca de mejorar condiciones básicas de existencia: salud, educación y sobre todo empleo, provocando inevitablemente una progresiva y acelerada urbanización.

El espacio urbano es el escenario en el que se observan objetivamente condiciones que determinan la calidad de la vida y a las que se les atribuye, la vinculación estrecha entre salud y enfermedad colectiva (Blanco, López y Rivera, 1997).

En la cotidianidad del Distrito Federal coexiste un nivel elevado de pobreza, circunstancias crecientes de violencia, delincuencia e inseguridad pública, aumento de venta y de consumo de drogas, exclusión, desigualdad social y un extenso etcétera. Son muchos los factores económicos, sociales, culturales y por supuesto, políticos que entretejen esta complejidad.

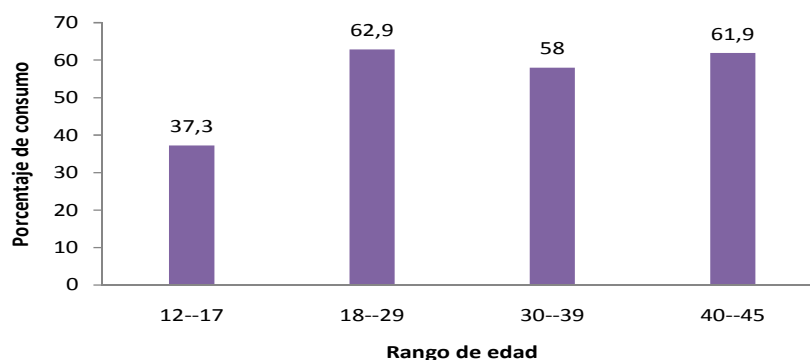
En esta primera parte y por la naturaleza del reporte, se hará énfasis en información que refleje la realidad de una problemática de alta relevancia social: el consumo de drogas, problema que plantea un gran desafío a resolver por el gobierno, la sociedad civil, las comunidades, las familias y los profesionistas de la salud. Las adicciones son un problema estructural asociado generalmente con otros problemas sociales, en ningún caso aparece como un fenómeno aislado.

Indicadores epidemiológicos derivados de recientes investigaciones a nivel nacional definen periódicamente el comportamiento de consumo en la población, de forma que, sea útil en la orientación de políticas públicas que justifiquen la aplicación de programas de intervención en los ámbitos de tratamiento y prevención a diferentes niveles.

La investigación más reciente sobre la prevalencia del consumo de drogas en el D.F. es la Encuesta de Hogares 2006, realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría (S.S.) y el Consejo Contra las Adicciones del D.F. El estudio se realizó a una muestra de personas de entre los 12 y 45 años de edad. Sus principales hallazgos fueron:

## Consumo de alcohol

En la actualidad en el D.F. consumen alcohol un total de 2, 707,257 personas entre los 12 y los 45 años. El consumo de alcohol presenta un alta prevalencia en ambos sexos. En hombres se registra un 65.7 % y un 47.1% en mujeres. Del total de la población, los jóvenes menores de 30 años son quienes consumen más alcohol, siguiéndoles aquellos de entre los 40 y 45 años de edad.



**Figura 1.** Consumo de alcohol por edad (%)

El patrón de consumo de alcohol en hombres es el de bebedor moderado alto (22.5%), que implica que hubo consumo en el último mes o en el último año (sin incluir la última semana) bebiendo por lo menos cinco copas o más en una sola ocasión. En el caso de las mujeres el patrón más característico es el de bebedor poco frecuente bajo (21.4%) que implica que hubo consumo en el último mes y nunca se tomó cinco copas o más en una sola ocasión (Encuesta de Hogares, 2006).

Un total de 417,753 personas cumple con el criterio de dependencia al alcohol del DSM-IV, siendo los hombres quienes presentan una mayor dependencia (18.2%) en comparación con las mujeres (3.2%).

## Consumo de drogas médicas e ilegales

Las drogas ilegales son consumidas por un total de 741, 862 personas, cuyo uso en el último año fue de un 3.77% lo que representa a 182, 327 personas. El 2.75% manifestó haber consumido algún tipo de droga en el último mes previo a la entrevista, lo que equivale a 133, 108 personas.

La marihuana es la sustancia principal consumida en todos los grupos de edad y en ambos sexos con una prevalencia en el último año de 11.27 % (Encuesta de Hogares, 2006). El uso de la marihuana es 2 veces mayor que el uso de la cocaína, no obstante, se observa una reducción de su uso en comparación con la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998 y 2003 donde su uso se reporta como tres veces mayor.

La cocaína es la 2ª sustancia más consumida (6.08% en ambos sexos) lo que representa a 294, 057 personas que manifiestan haberla consumido alguna vez.

El crack, derivado de la cocaína ocupa el tercer lugar de uso, con un 2.37% de prevalencia en la población de ambos sexos lo que equivale a un total de 114, 690 personas.

Los inhalables y opiáceos ocupan el cuarto lugar de consumo con porcentajes casi similares 1.67% (89, 757 personas que consumen inhalables) y 1.65% (79, 652 personas que consumen opiáceos). Es de esperarse que en los próximos años el nivel de consumo de los opiáceos aumente en el Distrito Federal, sobre todo en población juvenil.

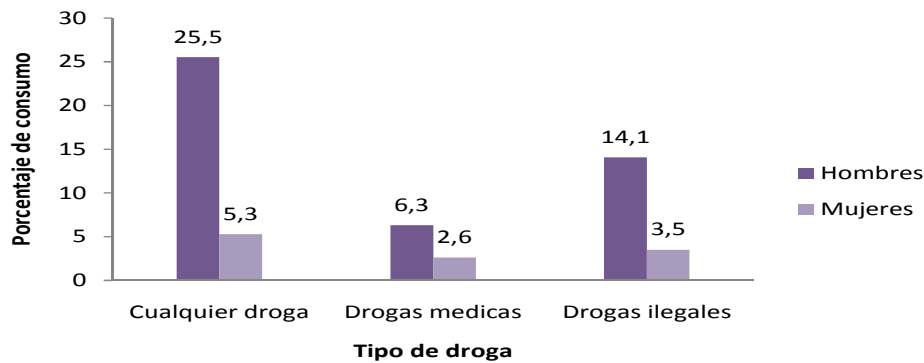
Los sedantes, barbitúricos, por un lado y las anfetaminas o estimulantes por otro, constituyen las drogas usadas alguna vez en la vida de menor índice (.98% para el primer grupo y .97% para el segundo), siendo las mujeres quienes consumen más sedantes y barbitúricos.

**Tabla 1. Consumo de drogas alguna vez en la vida, último año y último mes (%)**

Droga	Alguna vez en la vida	Último año	Último mes
Mariguana	11,27	1,73	1,02
Cocaína	6,08	1,63	0,87
Crack	2,37	0,44	0,27
Alucinógenos	1,64	0,26	0,17
Anfetaminas o estimulantes	0,97	0,35	0,35
Metanfetaminas	1,06	0,31	0,17
Tranquilizantes	1,52	0,44	0,41
Inhalables	1,67	0,27	0,27
Opiáceos	1,65	0,46	0,43
Sedantes y Barbitúricos	1,52	0,44	0,44
Cualquier droga	15,35	3,77	2,75

Siguiendo los datos descritos se constata con otras encuestas (ENA, 2002; Sistema de Reporte de Información sobre Drogas (SRID), 2005; Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE), 2007; Encuesta Nacional de la Juventud (INJ), 2005.) que a pesar de existir un consumo de drogas mayor en hombres, en todos los grupos de edad, se observa un consumo creciente de drogas ilegales en mujeres.

De manera global, el consumo de drogas ilegales, médicas y de cualquier otro tipo predomina más en el género masculino, esto en parte se debe, al papel desempeñado por el hombre en la sociedad mexicana, al cual históricamente se le ha impulsado a actuar, desde edades muy tempranas, en situaciones externas al contexto familiar.



**Figura 2.** Consumo de cualquier droga, drogas médicas e ilegales por sexo (%)

Existe un consumo diferencial de drogas y de sus factores asociados en las distintas delegaciones que conforman el D.F. Dicha diferenciación muestra la necesidad de intervenir de manera más inmediata en las delegaciones Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Coyoacán y Benito Juárez, que muestran los índices de consumo más elevados. Por su parte, las delegaciones Iztacalco y Venustiano Carranza han disminuido los índices de consumo.

### **Tendencias globales del consumo de drogas en el D.F.**

El consumo de sustancias en el D.F. presenta las siguientes tendencias:

- 1 La marihuana continúa siendo la droga de preferencia en todos los grupos de edad y en ambos sexos. Aunque su prevalencia es mayor en los jóvenes.
- 2 El uso de la cocaína está en aumento y comienza a generalizarse a grupos de edad cada vez menores.
- 3 Aparece un consumo significativamente menor en drogas de diseño como la anfetamina, aunque proporcionalmente es mayor que sedantes y barbitúricos.

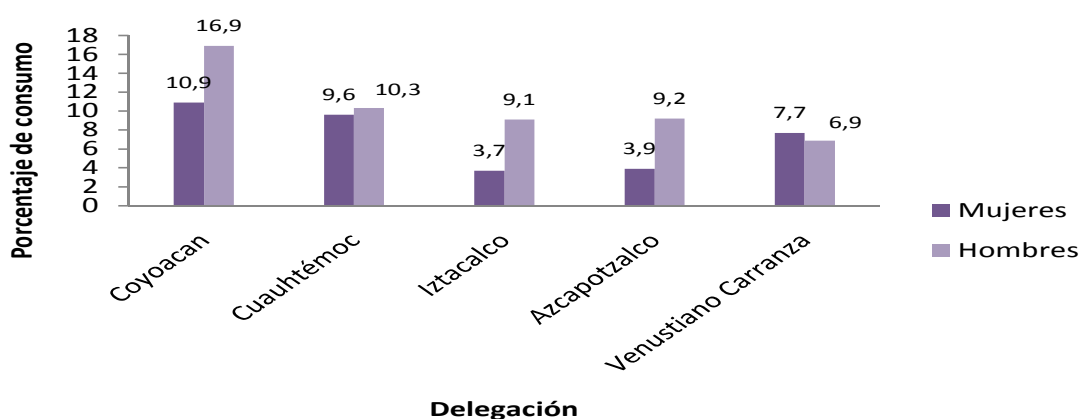
### **Consumo de sustancias en población estudiantil**

La Encuesta Nacional de Estudiantes (2006) se aplicó a 10,523 estudiantes de secundaria, bachillerato y bachillerato tecnológico que viven en el D.F. Sus principales resultados indican que el 29.8% de los estudiantes de secundaria han ingerido alcohol. Una cuarta parte consume más de 5 copas por ocasión. El 8.71% bebe regularmente cada fin de semana ó de una a cuatro veces por semana e incluso a diario, esto explica el por qué al llegar a la mayoría de edad muchos jóvenes duplican su consumo.

En el nivel bachillerato, el uso de narcóticos alcanza el 7.2% de los varones y el 5.6% en las mujeres. El consumo de drogas en estudiantes no difiere en gran porcentaje entre hombres y mujeres, de hecho, la tendencia indica que progresivamente el

consumo entre ambos sexos se ha ido emparejando no solo en alcohol y tabaco, también en drogas ilegales. Asimismo, de la población total de estudiantes, el 12.9% es usuario experimental y el 4.9% es usuario regular.

El mayor consumo de marihuana, inhalables y cocaína (conjuntamente) en hombres estudiantes se concentra en las delegaciones Benito Juárez, Cuauhtémoc, Coyoacán, Azcapotzalco, Venustiano Carranza, Iztacalco y Álvaro Obregón y en el caso de las mujeres, las delegaciones donde se presenta mayor consumo son: Coyoacán, Cuauhtémoc, Magdalena Contreras, Iztacalco, Iztapalapa, Azcapotzalco, Tlalpan y Venustiano Carranza.



**Figura 3.** Consumo de marihuana, cocaína e inhalables por sexo y por delegación (%)

Por sustancia ilegal, el consumo de cocaína se ha incrementado, principalmente en la población adolescente, posicionándose como la segunda droga de mayor consumo después de la marihuana. Coyoacán es una de las delegaciones donde mas se consume cocaína 2.3%, le siguen Venustiano Carranza y Cuauhtémoc, ambas con un 2.2%, Azcapotzalco 2.1% y Magdalena Contreras 1.8%, respectivamente.

El consumo de marihuana sigue prevaleciendo por encima de las demás drogas ilegales en todas las delegaciones; los varones en promedio, la consumen en un 5.6% y las mujeres en un 2.7%. La Delegación Coyoacán es una de las que mas la consumen (9.1%), le siguen Cuauhtémoc (8.2%), Benito Juárez (7.7%), Cuajimalpa (7.1%), Tlalpan (7%) y Miguel Hidalgo (6.4%).

### **Escuelas en donde se detecta mayor consumo (tabaco, alcohol y drogas)**

Las escuelas con más altos índices de tabaquismo se localizan en las delegaciones: Venustiano Carranza, Benito Juárez, Coyoacán, Álvaro Obregón, Cuajimalpa y Magdalena Contreras.

Las escuelas con más altos índices de alcoholismo se ubican dentro de las delegaciones: Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Benito Juárez, Cuajimalpa, Magdalena Contreras y Tlalpan.

En las que se presentan los más altos índices de consumo de drogas legales (tranquilizantes, sedantes, anfetaminas) y en algunos casos, el uso de drogas ilegales (mariguana, cocaína, crack, alucinógenos) son: Cuajimalpa, Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Benito Juárez, Coyoacán y Tlalpan.

Resumiendo, la prevalencia total del consumo de drogas entre estudiantes y jóvenes del D.F. es del 17.8%, lo que significa un 2.6% mayor en relación al 2003. Del año 2000 al 2006 el consumo de mariguana se incrementó en 3%, el de inhalables en más del 2%, no obstante, el consumo de cocaína registró un descenso de 2 puntos porcentuales, aún así sigue siendo la segunda droga ilegal más consumida por la población estudiantil. El consumo de drogas en los jóvenes va en aumento y su edad de inicio es ahora a los 12 años de edad, siendo el rango de edad de 12 a 17 años el de mayor riesgo.

### **Factores asociados al consumo de drogas en los jóvenes**

Las condiciones estructurales a nivel político, social y económico que conforman al D.F. lo hacen un contexto difícil en cuanto al abordaje de las necesidades de desarrollo de la población joven. La pobreza y la falta de oportunidades laborales obligan a miles de jóvenes a abandonar sus estudios con la finalidad de contribuir al ingreso familiar (Álvarez, 2007). Casi el 60% de los jóvenes deja de estudiar entre los 12 y 17 años, de esta población casi el 43% lo hace por la necesidad de trabajar (IMJ, 2006), ello puede indicar, en determinados casos, una clara situación de riesgo.

Los adolescentes y/o jóvenes estudiantes por su propia etapa de desarrollo, tienden a experimentar por lo que, es relativamente fácil conseguir cualquier tipo de droga, de hecho, muchos jóvenes inician un proceso de adicción en esta etapa.

La Encuesta de Hogares (2006) encontró que los jóvenes perciben a la familia y a la escuela como escenarios de riesgo para el inicio de consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco y más aún, reconocen que por su accesibilidad, pueden comenzar a consumir drogas ilegales. El entorno social tiene una influencia importante en la percepción de riesgo y a pesar de la poca tolerancia social por el consumo de sustancias ilegales, la edad de inicio en esta población se ha visto disminuida.

Por otro lado, la anulación del consumo de sustancias entre jóvenes y la erradicación de la violencia escolar es posible si se observa más allá de la escuela y se atienden los distintos campos que afectan la niñez y la juventud (Álvarez, 2007).

El conocimiento de los patrones de convivencia cotidiana dentro de las escuelas en la Ciudad de México y las cifras que arrojan estudios recientes (ENE, 2006; IMJ, 2006; Encuesta de Hogares, 2006) dejan entrever la necesidad de multiplicar los esfuerzos en materia preventiva, no sólo en la escuela, sino desde otros entornos psicosociales (Álvarez, 2007). Una buena relación entre el alumno, la escuela y su comunidad brindan una mayor protección frente al consumo de drogas (CIJ, 2000).

Finalmente, se podría agregar que la entidad difiere significativamente de otros estados de la República Mexicana por ejemplo, Aguascalientes tiene un nivel de consumo en su población estudiantil del 6.8% en varones y 1.4% en mujeres. Al compararse con el D.F. se observa un comportamiento de consumo muy distinto, comenzando desde el género. En el D.F. mujeres y hombres estudiantes tienen un nivel de consumo similar. Ramos (2007) señala que no sólo las semejanzas y diferencias por sexo podrían responder a mandatos socioculturales relacionados con el género, también se debe a procesos psicológicos conectados con la decisión de usar sustancias además de que la adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo.

### **Tendencias globales del consumo de drogas en jóvenes**

- 1) Disminuye la edad de inicio en el consumo de sustancias adictivas legales o ilegales hasta los 12 años o antes.
- 2) Incremento del consumo de drogas entre mujeres adolescentes y jóvenes.
- 3) Los menores que trabajan en la calle están en alto riesgo de consumir drogas, en especial, los que no viven con sus familias.

### **Problemas de salud relacionados con el uso de sustancias**

En México, de las 10 primeras causas de defunción, 8 se asocian al consumo de alguna sustancia psicoactiva (CONADIC, 2007). Según cifras del Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) alrededor del 1% de las muertes registradas anualmente se deben al consumo de alguna droga incluyendo alcohol. Sin embargo, cuando se descarta a dicha droga dentro de las causas de muerte resulta que sólo una proporción mínima muere a causa de consumo de drogas ilegales (por ejemplo, en el 2001 murieron 4,355 personas por drogas, de éstas solo 371 se debieron al consumo de drogas ilegales). Ello confirma que tanto el alcohol como el tabaco, sustancias toleradas socialmente, son las que más muertes provocan en la población.

Las estadísticas también muestran que la proporción de muertes por drogas en cuanto a sexo es de 5.7 hombres por cada mujer, siendo el grupo de edades más afectado el de 25 a 44 años de edad, cuya causa principal es el trastorno mental (Reyes, 2007). Un dato relevante al respecto es que el costo económico, social y de salud del consumo problemático de sustancias es muy superior a los ingresos provenientes de los impuestos de alcohol y tabaco.

El D.F. ocupa el segundo lugar a nivel nacional en mortalidad de personas en edad reproductiva debido al consumo de alcohol. La cirrosis, que puede ser consecuencia del consumo crónico de alcohol, es la tercera causa de muerte. Sólo en el 2006 se registraron 2142 muertes asociadas al consumo de alguna droga, en su mayoría, las muertes se debieron al consumo excesivo de alcohol, lo que equivale a 6 muertes diarias solo por esta sustancia (S.S.D.F., 2006).

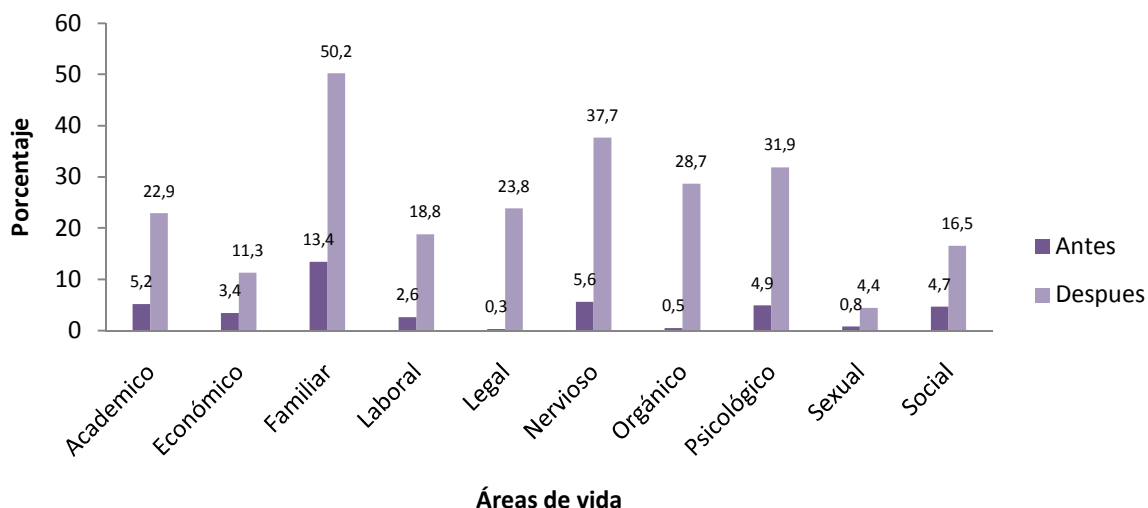
El D.F. es la entidad nacional con mayor número de fumadores (3 millones aproximadamente), considerando que en toda la República Mexicana fuman 17 millones y otros 28 millones fungen como fumadores pasivos. Los costos del consumo se reflejan en la muerte de 53, 000 personas al año debido a enfermedades relacionadas con el tabaquismo como cáncer, enfisema, isquemias, enfermedades cerebro vasculares, etc. (CONADIC, 2007). Esto determina al D.F. como una región de alto riesgo en el país (ENA, 1998; ENA, 2003; SRID, 2005; IMSS, 2006; ENE, 2003; ENE, 2006).

La marihuana es la droga mas usada en México, aunque, los casos de intoxicación aguda debidos a su consumo son esporádicos. Hasta el momento, no existen evidencias de sobredosis fatales, tampoco se ha demostrado que su consumo provoque daños irreversibles en el sistema nervioso (Braun, 2006). No obstante, de manera frecuente, se observa que, las personas que consumen cualquier tipo de droga pueden presentar al mismo tiempo, trastornos de orden psiquiátrico como ansiedad y depresión (Hosman y Dadds, 2005).

A tal efecto, la incorporación de intervenciones preventivas y de tratamiento en tales problemas de salud mental puede conducir a resultados que contrarresten el impacto negativo del consumo de drogas a nivel social y de salud, incluyendo el consumo de marihuana que por sí mismo, no ha demostrado una morbilidad significativa en la población.

Según cifras del último reporte del SRID (2006) los problemas en distintas áreas de la vida del usuario desde su propia percepción, han aumentado comparándose antes y después del consumo. Estos problemas se engloban en: académicos, económicos, familiares, laborales, legales, daños en el sistema nervioso, orgánico, psicológico, sexual y social.





**Figura 4.** Tipo de problemas antes y después de iniciar el consumo según la percepción usuario. Fuente: SRID. Junio 2006. Reporte de tendencias en el área metropolitana no. 40.

Los usuarios (ver figura 4) perciben un incremento de sus problemas en todas las áreas, con mayor relevancia en los ámbitos familiar, legal, nervioso, orgánico y psicológico.

Dentro de lo familiar destacan disfuncionalidad, disgregación ó desintegración y conflictos entre sus miembros.

En lo laboral se presentan bajo rendimiento, inestabilidad y pérdida de empleo.

Dentro del rubro problemas nerviosos destacan alteraciones en el estado de ánimo, depresión y ansiedad.

En el ámbito orgánico los principales problemas son de tipo anémico, digestivo, febril y músculo esquelético.

Finalmente, en el área psicológica se reportan baja autoestima, ideas o intento de suicidio, impulsividad y agresividad, soledad o sentimientos de abandono, timidez y/o temores así como trastornos de conducta.

Un dato importante es que la base científica para identificar estos y otros factores de riesgo asociados al consumo de sustancias adictivas en la población, se encuentran en la investigación epidemiológica.

Hasta aquí se han abordado datos descriptivos sobre la prevalencia de consumo en la población y sus problemas asociados. En el siguiente apartado se describen tanto los factores de riesgo como los que favorecen la reducción o interrupción del consumo.



**Factores de  
Riesgo y  
Protección**

---

# Capítulo 2



Las personas se desarrollan en ambientes socioculturales dentro de un tiempo y espacio. No puede entenderse la vida sin esta variabilidad. La incertidumbre es un modo de vida (Wallerstein, 1996) y es más la norma que la excepción, en otras palabras, a pesar de que se vive en un espacio proximal a un ritmo cotidiano, donde las decisiones dan sentido a los actos y/o conductas, la incertidumbre es la constante de la vida.

Por cierto, se ha encontrado que las decisiones son mucho más sensibles al contexto que a las acciones mismas (Luhman, 1997). Las amenazas y contrariedades del cotidiano vivir impulsan inevitablemente a que las personas no se queden al margen y actúen, aunque algunas veces se soslaye el hecho de que se pertenezca a un contexto histórico. Algunos autores (Wallerstein, 1996; Luhman, 1997; Newcombe, 1992;) están de acuerdo en que a pesar de las adversidades (constantes del vivir) se debe luchar de forma permanente por cambiar el ambiente social, por mejorarlo.

Dahlgren y Whitehead (1991) desarrollaron un modelo multinivel sobre los factores que determinan el estado salud. Los autores describen dos tipos de determinantes: Distales y Proximales (ver figura 5).

Los determinantes distales conjuntan factores como las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales (educación agua y condiciones sanitarias, casa, agricultura y producción de alimentos e inclusive factores genéticos), condiciones de vida y trabajo (ambiente laboral, desempleo, etc.) y de acceso a servicios de atención de salud. Los determinantes proximales se conforman por influencias comunitarias y de soporte social así como por diferencias individuales y preferencias en estilos de vida. La organización global de estos factores estructura la dinámica social y por ende, un tipo de vida para cada individuo.

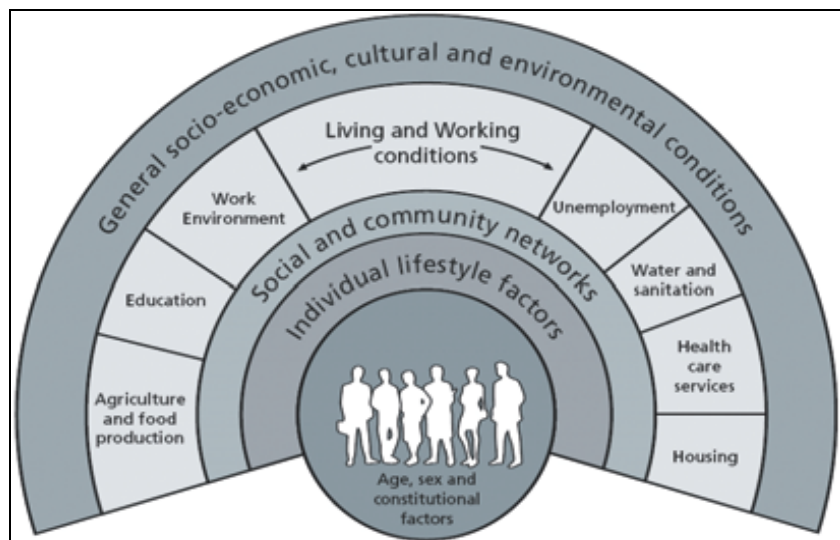


Figura 5. Determinantes de la salud según Dahlgren and Whitehead (1991)

La ciencia conductual básica ha estudiado la manera en que los factores sociales, culturales y conductuales influyen sobre las personas (Center for AIDS Prevention Studies, 1997).

Al conocer la estructura y dinámica del contexto se entiende el por qué algunos individuos están más expuestos a desarrollar trastornos psicosociales como el consumo de drogas (que sigue aumentando en la población). Por ejemplo, se debe considerar la posición socioeconómica, el género, el grupo étnico, la identidad, el acceso a los servicios de salud, observar si existen redes comunitarias de protección o evaluar si la comunidad es un ambiente de riesgo en sí, etc. La interpretación de la situación del consumo de drogas a partir del dato duro, es decir, del dato epidemiológico debe partir necesariamente del contexto.

De acuerdo con el NIDA (2004) en las últimas dos décadas se ha intentado explicar cómo comienza y se desarrolla el consumo abusivo de drogas en ciertos contextos y grupos poblacionales. Indudablemente existen factores tanto en el medio ambiente como en el individuo que interactúan y definen situaciones de vulnerabilidad. Los factores se manifiestan de manera individual; lo que representa un factor de riesgo para una persona, puede ser de protección para otra (NIDA, 2004).

Por razones didácticas se describen algunos hallazgos provenientes de la investigación acerca del riesgo y la protección. Sin embargo, se señala la dificultad de entender, por ejemplo, la noción de conducta de riesgo sin que se tome en cuenta una consecuencia correspondiente. Los riesgos forman parte del diario vivir. Muchos individuos suelen tener hábitos considerados dentro de su cultura e independientemente de ella poco saludables como el beber, fumar más de 5 cigarrillos al día, no tener un horario adecuado de alimentación, etc., y sin embargo, en apariencia no llegan a percibirse indicios claros de daños.

La correlación entre riesgos y daños no siempre es tan fácil de determinar. La cultura por supuesto, es una variable mediadora que interactúa con estos y otros más factores y la probabilidad de daño puede variar, así como la presencia del riesgo. No es solo un factor de riesgo por sí mismo el causante de enfermedad o de una condición vulnerable. El contexto histórico y su dinámica social tienen un gran peso.

### **Factores de riesgo**

Riesgo es el resultado de la relación entre la percepción de una amenaza (factor externo) y una condición de vulnerabilidad (factor interno) que coexisten en un momento y espacio (Cabrejo, 2005). Los riesgos pueden tener un impacto mayor en cada periodo de transición de la vida (NIDA, 2004; Currie y Morgan, 2004; Rhodes, Lilly y Fernández, 2003).

VARIABLES INTERNAS O EXTERNAS DENTRO DE CADA ETAPA DE DESARROLLO, PUEDEN PONER EN PELIGRO EL EQUILIBRIO BIOPSIICOSOCIAL DE UN INDIVIDUO, POR EJEMPLO, EL FACTOR VULNERABILIDAD A LA PRESIÓN DEL GRUPO TIENE UNA IMPORTANCIA MÁXIMA EN TORNO A LOS 15 Y 16 AÑOS, DESPUÉS DE ESTA EDAD, SE EMPIEZA A DECLINAR.

OTROS FACTORES COMO LAS RELACIONES FAMILIARES O LA AGRESIVIDAD TIENEN UN EFECTO VARIABLE A LO LARGO DE LA VIDA (CASAL, 2006). TAMBIÉN TENDRÍA QUE CONSIDERARSE EL GÉNERO, EL MEDIO SOCIOCULTURAL, LA RAZA Y LA UBICACIÓN GEOGRÁFICA (NIDA, 2004) COMO AGENTES ESPECÍFICOS DE RIESGO QUE EXPLICAN EL DESARROLLO DE UNA CONDUCTA ADICTIVA.

SIGUIENDO LA CLASIFICACIÓN DE DALHGREN Y WHIEHEAD DESCRITA EN PÁRRAFOS ANTERIORES, UN ESTUDIO LONGITUDINAL EN AUSTRALIA SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES (SMART, SANSON Y TOUMBOUROU, 2001) ENCONTRÓ QUE RIESGOS PROXIMALES COMO ATRACCIÓN AL RIESGO, GREGARIEDAD, PROBLEMAS EN LA ESCUELA, USO ANTERIOR DE SUSTANCIAS, ASOCIACIÓN DE PERSONAS CON PRÁCTICAS ANTISOCIALES, USO PARENTAL DE SUSTANCIAS Y AMBIENTE FAMILIAR COBRABAN MAYOR PESO QUE LOS FACTORES DISTALES (ESTILOS SOCIALES DEL TEMPERAMENTO, ALTA INFLEXIBILIDAD/REACTIVIDAD Y AGRESIÓN, ENTRE OTRAS) PARA DESARROLLAR UNA ADICCIÓN. DE ACUERDO A ESTOS RESULTADOS, UN PROGRAMA PREVENTIVO PUEDE TENER MAYOR IMPACTO SOBRE LOS AMBIENTES PROXIMALES (MÁS QUE EN LOS DISTALES) DEBIDO A QUE LAS PERSONAS TIENEN MAYOR CONTROL DE INFLUENCIA EN SUS CONTEXTOS INMEDIATOS.

EN MÉXICO, LA SISTEMATIZACIÓN DE DIVERSAS EXPERIENCIAS PREVENTIVAS (LLANES, CASTRO Y MARGAIN, 1990) DESDE PRINCIPIOS DE LOS OCHENTA DEMUESTRAN LA EXISTENCIA DE NIVELES DE RIESGO ACUMULADO OBSERVABLES EN COMUNIDADES SEAN ESTUDIANTILES O MARGINADAS EN LAS QUE SE EXPERIMENTAN MÁS DE 18 CONDUCTAS DE RIESGO.

**Tabla 2. Indicadores de riesgo para un consumo problemático de drogas (Castro, 1990)**

<b>Ambiente facilitador</b>	<b>Droga</b>	<b>Características del individuo</b>
<b>Familiar</b>	<b>Patrón de consumo</b>	<b>Sociodemográficos</b>
1. Apoyos y controles familiares débiles	15. Consumo frecuente de una sola droga	26. No se dedica tiempo completo a los estudios
2. Consumo de drogas o alcohol (padres y/o hermanos)	16. Consumo experimental de más de una sustancia	27. Estudios de preparatoria
3. Familia caótica o desorganizada		28. Alto grado de inconformidad
4. Falta de contacto familiar		29. Pertener a familia cuyo jefe tiene pocos estudios
5. Divorcio de padres		30. Tener entre 15 y 18 años
6. Consumo eventual entre familiares		31. Haber iniciado el consumo en la adolescencia temprana

<b>Social</b>	<b>Tipo de droga</b>	<b>Historia de vida</b>
7. Actos antisociales		32. Alto grado de inconformidad social
8. Insatisfacción con la calidad de vida	17. Consumo experimental de marihuana	33. Conductas de riesgo
9. Consumo de drogas en el grupo de iguales	18. Consumo experimental de cocaína	34. Aceptación del consumo
10. Tolerancia de la escuela al consumo	19. Consumo de marihuana y cocaína	35. Dinero disponible
11. Disponibilidad de lugares de consumo	20. Consumo elevado de alcohol	36. Sucesos traumáticos en la infancia.
12. Acceso a lugares públicos en los que se consume.		37. Causa justificable de su inicio.
		38. Deseos y/o intentos de suicidio.
		39. Embarazos
		40. Abortos
		41. Muertes cercanas
		42. Eventos negativos de la vida en el último año
		43. Descuido de la salud
		44. Conducta consumista
		45. Descuido de la vida social
		46. Problemas escolares en la segunda infancia
		47. Sin sentido de pertenencia (familia y/o escuela)
<b>Demográfico</b>	<b>Presencia de la droga</b>	
13. Vivir en ciudad de México, Sonora y Baja California	21. Facilidad para conseguir	
	22. Acceso a distribuidores	
14. Migración e zonas rurales a urbanas	23. Amigos usuarios	
	24. Presencia de drogas en las fiestas	
	25. Baja percepción del riesgo	

Los factores de riesgo son agentes o situaciones que aumentan la probabilidad del deterioro de la salud en una población y en todos los casos, se encuentran interrelacionados de ahí la importancia de su análisis funcional.

Del análisis funcional se desprenden relaciones entre factores para dar cuenta del por qué la experimentación de sustancias ocurre con mayor frecuencia en el ambiente social (no a solas) en grupos de edad como los adolescentes y/o jóvenes. De ahí la necesidad de conocer la particularidad del ambiente social como facilitador del consumo peligroso (Becoña, 2000).

Algunos de los factores de riesgo determinantes en la salud son los eventos vitales (Sánchez-Sosa, 1998), es decir, transiciones que fuerzan cambios en la vida de los individuos, sus familias e inclusive sus comunidades en instantes y cuyo valor depende de variables proximales como estilos de afrontamiento, apoyo social,



experiencias previas, etc. Todos estos eventos a decir del autor demandan y exigen un cambio adaptativo en el comportamiento. Si este cambio no es congruente con la demanda ambiental su valor protector para la salud (por demás bajo) puede producir importantes niveles de riesgo e iniciar un proceso de acumulación.

El riesgo acumulado hace a las personas vulnerables (Castro, 2006). Los riesgos son un todo y conforman la vulnerabilidad psicosocial en la medida en que una cantidad de factores sumados generan una posibilidad de daño.

En México se han realizado análisis multivariados aplicando regresiones logísticas con base en datos de poblaciones estudiantiles en el periodo 2000-2006 (Castro, 2006). El problema de la alta vulnerabilidad psicosocial y el alto consumo de sustancias existe desde las primarias con un rango de .5 al 1.8%; en la secundarias con un rango de 4.6 a 11.8%; en las preparatorias escolarizadas con un rango del 6.8 al 30.8%; en los sistemas abiertos y de educación a distancia con un rango de 9.8% a 25.1% y en las universidades públicas y privadas con un rango de 17.8 a 47.5, lo cual pone a relieve la variación del estado de vulnerabilidad psicosocial (no el consumo de drogas en sí).

Estos datos informan sobre el coeficiente de riesgo como medida compleja, que alerta sobre el grado de estrés psicosocial en las comunidades y cualquier incremento advierte sobre la tendencia de consumo de sustancias y de otros problemas sociales desde una perspectiva compleja, no fragmentaria. Es a partir de diferentes áreas de riesgo y no de la experimentación con drogas por sí sola que puede darse un seguimiento y monitoreo del comportamiento de consumo en una población.

Sánchez- Sosa (1998) señala que al conocer los factores de riesgo se conoce sobre los mecanismos que regulan el funcionamiento humano. La interacción entre distintos factores de riesgo, determina el inicio y desarrollo de una adicción, su relación es multicausal (Osorio, Ortega de Medina y Pillón, 2004; Rhodes, Lilly y Fernández, 2003; Guzmán y Castillo 2005). Un riesgo además, puede activar en automático diversos factores de protección en algunas personas.

### **Factores de protección**

La protección es una actitud de dar resguardo a las necesidades esenciales de un individuo para vivir en sociedad (Schramm y Kotto, 2001). Una situación de protección asegura la satisfacción de necesidades individuales y sociales.

El concepto de factor protector alude a las influencias capaces de modificar, mejorar o alterar las respuestas de una persona hacia algún peligro que presupone un resultado no adaptativo (Rotter, 1985). Un factor protector puede significar reaccionar de manera efectiva ante una situación de tensión. En la literatura científica se señalan varios factores sociales considerados como protectores ante el consumo de sustancias.

**Habilidades sociales:** Son conductas eficaces aprendidas. Los individuos que cuentan con un mayor repertorio de habilidades sociales, disminuyen la probabilidad de consumo de drogas (Esparza, Santiago y Pillon, 2004; Martínez y Sanz, 2003).

**Habilidades de afrontamiento:** Implican la capacidad de enfrentar la decisión de no consumir una sustancia o de hacerlo bajo condiciones no riesgosas (Higgins, Marcum, 2005; Hawkings, Catalano y Millar, 1992; Llorens, Perelló del Río y Palmer, 2004).

**Percepción de riesgo:** Cuando existe una alta percepción de riesgo sobre efectos y consecuencias de consumo de drogas se tiende más a retrasar la edad de inicio y en ciertos casos donde existe experimentación, se previene el desarrollo de un consumo habitual (Medina-Mora, Villatoro y Cravioto, 2002).

**Autocontrol:** La capacidad de controlar la conducta por sus consecuencias a largo plazo, retrazando la obtención de satisfacción inmediata es un factor relacionado principalmente con un alto grado de resistencia al consumo de drogas (Stenbacka, 2000; Mathias, 1997; Friedman y Bransfield, 1995).

**Espiritualidad:** Se considera como un factor de protección al prevenir el consumo inicial y facilitando la abstinencia en procesos de recuperación de la adicción (Avanti, Warburton y Margolin; Stylianou, 2004, citado por Cáceres y cols., 2006).

Ávila, Ferriani, Carvalho, Nakano y Spanó (2005) implementaron un programa que promovió algunos de los factores de protección descritos y encontraron que el sentimiento de pertenencia en niños de una comunidad hacia su familia y escuela constituye un factor protector ante el riesgo futuro de consumo de alcohol lo cual sugiere intervenir en conjunto instituciones, grupos y comunidades, valorando al niño como parte importante de la sociedad, fortaleciendo e integrando creencias y valores desde sus ámbitos de relación.

Por otra parte, Cáceres, Salazar, Varela y Tovar (2006) concluyen en un estudio con jóvenes universitarios que la ausencia de un repertorio conductual indicativo de trastornos de conducta, déficit de atención, conducta antisocial y comportamiento desafiante parece constituir un elemento protector en los jóvenes al asociarse con características de baja impulsividad, mayor tolerancia a la frustración y mejor aceptación de la norma.

En las intervenciones citadas debiese tomarse en cuenta, la necesidad de un manejo diferenciado de los indicadores de protección que caracterizan a las poblaciones objetivo (Martínez, Robles y Trujillo, 2003) pues dado que, los factores de protección no tienen presencia exacta en los individuos en riesgo, las diferencias pueden llegar a expresarse en concordancia con las condiciones sociodemográficas, económicas y culturales (NIDA, 2004).

El análisis de la cotidianidad a partir de la observación de lo evidente, de aquello que se vive por costumbre, que se da por sentado, es difícil de problematizar (la observación depende del ojo con que se mire).

En la cotidianidad se observa la alienación de la vida. De ella se obtienen datos sobre aspectos individuales que reflejen dinámicas sociales y pautas de convivencia. Esto es importante porque los principales problemas que afectan nuestra sociedad están relacionados con alteraciones de la salud y la convivencia (Arco y Fernández, 2002).

La cotidianidad es el escenario concreto donde se construyen problemas y soluciones. Por ejemplo, la violencia y el consumo de sustancias son fenómenos que difícilmente pueden comprenderse como aislados e individuales. En el Distrito Federal y en otras ciudades de México existe una correlación positiva entre violencia, abuso de sustancias y condiciones de marginalidad socioeconómica (Llanes, Elizondo y Castro, 2002; Zamudio, 2005; Lara, Romero, Dallai, Stern y Molina, 1998). Se trata en sentido abierto, de problemas construidos en el seno de las contradicciones que operan en una sociedad, las comunidades y en las relaciones interpersonales. Todos ellos son contextos que los crean y reproducen.

### **Implicaciones en los programas de intervención**

Un conocimiento específico de la forma en que factores de riesgo y de protección interactúan es requisito para elaborar una estrategia de prevención y/o tratamiento (Murray, 1985; Becoña, Rodríguez y Salazar, 1995). El papel del medio social, aquel que rodea al individuo (familia, vecindario, amigos y grupos sociales de pertenencia responderá a su conducta de riesgo o de de protección ya sea reforzándola o inhibiéndola. (Milian, Gálvez, Alcorta y Rosales, 2005).

Aunque en el diseño de los programas de intervención es insuficiente el conocimiento de los factores de riesgo y protección. El análisis funcional predice del papel de riesgo el deterioro de la salud (Sánchez- Sosa, 1998). Su influencia en el diseño y creación de estrategias específicas en grupos de riesgo puede prevenir efectivamente la aparición y/o el control del consumo de sustancias.

En la práctica preventiva, los factores de riesgo definen a la población objetivo y los factores de protección fundamentan el tipo de actividades preventivas a implementar (Londoño y Vinaccia, 2005).

Los factores de riesgo y de protección subrayan la importancia de anclar la labor investigativa y la labor interventiva en función de profundizar en el conocimiento de las variables que influyen en el inicio y el mantenimiento de las conductas adictivas, cuestión primaria en el diseño de programas de prevención y tratamiento. Al intervenir en los contextos donde interaccionan dichas variables se está en la posibilidad de promover simultáneamente prácticas preventivas y de tratamiento pues se trata de un fenómeno que afecta tanto a individuos como a comunidades a diferente nivel.

Asimismo, resulta indispensable, continuar con esfuerzos en materia de investigación, finalmente uno de sus fines es conocer la relación e interacción entre los distintos factores y así determinar indicadores para diseñar programas de intervención.

Aunque el conocimiento de dichos factores no proporciona una explicación precisa sobre el inicio y mantenimiento del consumo (Jariego y Holgado, 2004) si justifica la pertinencia y suficiencia de un programa de intervención. De esta forma, un puente posible entre la investigación y la aplicación de programas de intervención subyace en la precisión de la naturaleza de los comportamientos adictivos (es decir, en definir que conductas o situaciones los refuerzan). Los programas de prevención y de tratamiento promueven el entrenamiento a diferentes poblaciones en riesgo de conductas alternativas que compiten con la conducta adictiva.

Hasta aquí, se han descrito algunos de los principales datos epidemiológicos que definen la situación actual del consumo de drogas en el D.F., las consecuencias asociadas y los factores psicosociales que intervienen en su dinámica. Ahora se abordarán aspectos teóricos que fundamentan su intervención. Se comenzará con el ámbito de la prevención, retomando su concepto, sus tipos y modelos teóricos en los que se enmarcan sus acciones.

# Prevención de Conductas Adictivas

---

## Capítulo

## 3



Existen diversas formas de pensar una intervención en prevención. Laperrière Helène (2007) señala que la idea que guía la acción está contenida por valores, aspiraciones y esperanzas que la dinamizan; la realidad de la acción concreta, señala la autora, confronta la idea generosa y optimista con los hechos que reflejan siempre el difícil proceso de aprendizaje (cambio).

Existe un debate teórico-metodológico sobre las formas más efectivas en la atención de un problema social. Siempre podrá pensarse en la mejor alternativa, en el caso que nos corresponde, así como la prohibición no ha podido erradicar por completo el uso de drogas, la aplicación de tratamientos tampoco ha podido satisfacer completamente las necesidades de todos los usuarios (Desjarlais, Eisseberg, Good y Kleinman, 1995).

La prevención siempre ha sido la mejor alternativa, aunque también, la menos reconocida (y la de mayor necesidad de promover). Al observar los gobiernos y su partida presupuestal para este rubro que pertenece a la demanda se observa que no existe un apoyo suficiente, lo cual es de llamar la atención.

De este panorama se plantean las preguntas: ¿cómo operar la prevención?, ¿hacia donde dirigirla con mayor prioridad y por qué?, ¿cuáles son los alcances y limitaciones de su tarea?, ¿cómo deben integrarse las disciplinas sociales y cómo debe ser la naturaleza de esa relación?.

El término prevención es un término muy genérico (Becoña, 2000) que no ambiguo. Haberkor (2007) la define como “las distintas estrategias que una comunidad ensaya para anticiparse a la aparición de fenómenos no deseados, a fin de evitarlos o de reducir su presencia a mínimos socialmente aceptados” (p. 5).

La ONU señala que es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas. Esta definición aunque oficial no ha sido del todo satisfactoria por lo que en la literatura científica se ha expresado (Portero, Cierne y Mathieu, 2002; Edelstein, 2006; García y Ramírez, 1996; Husak, 2001; Velasco, 2006) el interés por resignificarla.

Las experiencias preventivas en adicciones dan cuenta de que no sólo se debe aspirar a lograr o evitar el uso de drogas, combatiendo sus causas y efectos, también el impulsar procesos de educación es una tarea prioritaria en la salud pública (Edelstein, 2006).

Siendo congruentes con la formación de la maestría en Psicología de las Adicciones se define a la prevención como “una modalidad de intervención científica que permite a los individuos utilizar su capacidad de cambio, promoviendo en ellos el aprendizaje de conductas que los protejan no solo del consumo perjudicial de sustancias sino frente a situaciones o condiciones específicas que remitan a estados de vulnerabilidad”.

Al revisar la literatura especializada en el campo de la prevención se encuentran diversos objetivos: subrayar la necesidad de acciones prioritarias sobre el consumo de alcohol y tabaco, que tienen una alta incidencia y que son las que provocan mayores costos sociales (Zas, 1999); realizar diagnósticos que describan de forma detallada la manifestación del problema en poblaciones objetivo, los factores asociados, las condiciones institucionales y las necesidades (Londoño y Vinaccia, 2005); beneficiar en forma continuada a la mayor parte de la población y en particular a los grupos vulnerables (Castro y Llanes, 2007); mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo (Hawkins, Catalana y Miller, 1992); sensibilizar a las familias sobre su papel como agente preventivo (NIDA, 2004); proteger la salud de los usuarios y mejorar su realidad psicosocial (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2000, citado por Machín, 2005) y promover el ejercicio cotidiano de nuevos aprendizajes para vivir mejor (Castro, Llanes y Margain, 2007).

En su cumplimiento, salta a la vista una cuestión ¿en que profesionales recae la responsabilidad de hacer prevención?.

A diferencia del tratamiento, donde se requieren especialistas con características de formación sugeridas y delimitadas por un enfoque clínico, la prevención es un quehacer no exclusivo de determinado perfil profesional (Haberkor, 2007). El ámbito no es privativo de psicólogos, médicos, trabajadores y/o promotores sociales. Pues desde cada espacio profesional se integran competencias y conocimientos en una misma dirección: evitar o controlar el consumo de sustancias y con ello proteger la salud. De hecho, los profesionales interesados en aplicar programas deben poseer un sólido conocimiento sobre las poblaciones objetivo, su salud y los problemas que les aquejan (Londoño y Vinaccia, 2005).

### **Niveles de prevención**

Las acciones de prevención, clasificadas tradicionalmente con base al modelo médico son: prevención primaria, secundaria y terciaria (Caplan, 1964) (ver tabla 3). Dicha clasificación fue pensada para abordar las enfermedades mentales y se ha aplicado en general, en el sistema de salud (Zas, 1999).



**Tabla 3. Niveles de prevención Tradicionales**

<b>Nivel de prevención</b>	<b>Acciones</b>
<b>Primaria</b>	Acciones orientadas a prevenir la aparición del consumo. Las conductas adictivas alteran el estado de salud y todas las acciones destinadas a evitarlo son tarea de la prevención primaria.
<b>Secundaria</b>	Acciones destinadas a la detección precoz y tratamiento oportuno de las conductas adictivas.
<b>Terciaria</b>	Acciones encaminadas a la reducción de consecuencias negativas de las conductas adictivas.

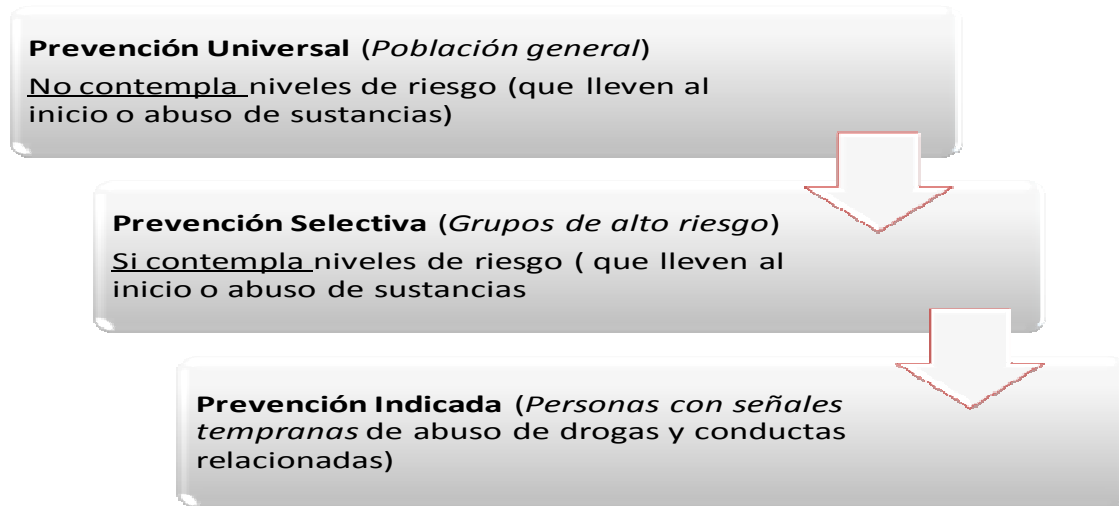
Los niveles de prevención han sido igualados con los niveles de atención del Sistema de Salud aunque, en ciertos contextos culturales ya no se habla de prevención terciaria (Albee y Gullotta, 1997; Bloom, 1984; Cowen, 1980; Gullotta y Bloom, 2003; Heller, 1996, citados por Cornes, Fernández, Arauxo y Pedrejon, 2004) se propone sustituirla por el concepto de rehabilitación, concepto más cercano al nivel de tratamiento que al de prevención. La definición más actual se denomina rehabilitación psicosocial o física (Cornes, Fernández, Arauxo y Pedrejon, 2004) orientada a la recuperación de competencias pérdidas después de haber padecido alguna patología.

Actualmente, diversos paradigmas enfocan de otra manera a la prevención, éstos no se basan precisamente en una concepción médica de la adicción debido a las limitaciones encontradas en dicha perspectiva al momento de aplicar programas preventivos. Muchas prácticas preventivas reducen su intervención a sólo transmitir información sobre los efectos de las sustancias sin conectarlos a un nivel de mayor complejidad como la modificación conductual. La actual política social ha inspirado la creación de enfoques que replantean otras maneras de hacer prevención.

**Prevención Universal:** Perspectiva amplia, regularmente intensa y orientada hacia cambios de comportamiento duraderos (Becoña y Martín, 2004). Se dirige a toda la población o a una parte aún no identificada como de alto riesgo para consumir (ver figura 6).

**Prevención Selectiva:** Dirigida a un segmento concreto de la población sometida a factores de riesgo que pueden generarle problemas relacionados con el consumo de sustancias (Becoña y Martín, 2004). Sus acciones tienden a evitarlo o disminuirlo (Ramírez y Jiménez, 2001) por medio del entrenamiento de habilidades sociales y de afrontamiento específicas (Londoño y Vinaccia, 2005) (ver figura 6).

**Prevención Indicada:** Se dirige a individuos cuyo nivel de consumo los sitúa en alto riesgo de desarrollar una adicción; en tales casos, se identifican síntomas y signos de abuso de sustancias pero sin cumplir todavía con criterios de dependencia (Becoña y Martín, 2004). Por tal motivo, este tipo de prevención sugiere un mayor costo. La elección de las estrategias puede dirigirse a la implementación de tratamientos breves que impidan el inicio de una adicción (ver figura 6).



**Figura 6.** Clasificación alternativa de los niveles de prevención

Gordon (1987) señala que los tipos de prevención se diferencian tanto en beneficios como en costos. La prevención universal es viable cuando sus beneficios para la población son altos y sus costos bajos. En esta modalidad se implementan acciones generales de educación y de recreación para la niñez o juventud y la promoción de estilos de vida saludables, sin involucrar factores específicos ante el consumo; si dichas acciones son utilizadas o tienen un impacto significativo en toda la comunidad entonces, podría afirmarse que, el nivel de prevención aplicado tiene una relación favorable en términos de costo-efectividad.

La diversidad de conductas y situaciones de riesgo interrelacionadas están determinadas en conjunto. El hecho de saber que el consumo de drogas está creciendo en la población joven o que en las mujeres adultas se ha incrementado el consumo de sustancias ilegales no es un dato significativo o con validez social sino se explica el fenómeno en su interrelación con otras situaciones (que involucren una condición y momento determinados). Así la prevención indicada es de mayor utilidad cuando existe una detección de factores de riesgo específicos relacionados con el consumo. Como ejemplo, podrían realizarse intervenciones dirigidas hacia hijos (que ya presenten consumo de sustancias) de personas con adicción (halladas en tratamiento).

Los distintos tipos de prevención, aunque delimitados, pueden presentarse en un mismo contexto, de hecho, quizás su aplicación conjunta produce resultados con mayor efectividad que realizados aisladamente.

La experiencia preventiva presentada más adelante en este reporte es un ejemplo de prevención selectiva con una aproximación comunitaria cuya base de organización es la red comunitaria. Esta forma de actuar a decir de Fernández y Ruiz (2003) apunta a

la diversidad y a la autonomía de los actores sociales, se desarrolla en torno a elementos cotidianos y no pretende ser generalizable.

En este sentido, la actuación de las instituciones y los profesionales o especialistas que operan en la comunidad no actúan como iniciadores o promotores de la participación comunitaria ni tampoco la dirigen ni controlan.

Castro y Llanes (2006) señalan que una prevención efectiva incluye una dosis de saber que debe llevarse a una práctica, asimilarse en la vida propia y en la convivencia para que sea eficaz y actúe su fuerza protectora en el momento oportuno.

La comunidad entonces, no solo necesita de saberes que a ello bien pueden contribuir sus instituciones, sus líderes, sus promotores y los propios residentes. El saber hacer, el saber ser y el saber disciplinar en un momento histórico que anticipe factores de riesgo, es lo que da sentido a la prevención selectiva. La práctica de nuevos aprendizajes es el camino para disminuir la vulnerabilidad psicosocial (Burak, 1999) y este es el objeto de intervención de la prevención selectiva y las intervenciones que promueven habilidades para la vida representan su marco de referencia aplicado.

En un artículo publicado por Cornes, Fernández, Arauxo y Pedregon (2004) se efectúa una aproximación de algunos conceptos relacionados con la ciencia de la prevención, ubicándose a la prevención selectiva dentro de la prevención primaria. La prevención selectiva puede ser centrada en el sujeto (busca que los individuos estén preparados, sean competentes para afrontar situaciones de riesgo) o centrada en el ambiente (se actúa de una forma selectiva sobre las variables ambientales que se relacionan con un incremento de riesgo).

El relacionar de esta manera a la prevención selectiva (clasificación alternativa) con la prevención primaria (clasificación tradicional) o en su caso, la prevención indicada con la prevención secundaria (clasificación tradicional) sirve en primera instancia, para determinar los alcances de las intervenciones, además de ubicar sus ventajas y desventajas. Por ejemplo, una desventaja de las intervenciones selectivas es la dificultad de persuadir a la población a que participe o bien, que los beneficios del programa sean limitados a nivel individual. En el caso de la prevención indicada una desventaja podría ser que las acciones conduzcan a la individuación de los problemas que finalmente tienen una raíz social.

Volviendo al análisis sobre prevención selectiva algunos de sus componentes teóricos se encuentran en la teoría de la resiliencia y en la teoría del riesgo. En México existen casos documentados en estudiantes de escuelas de educación primaria y media superior (Castro y Llanes, 2006) que muestran como la correlación entre riesgo y

resiliencia tienen un valor relacional negativo y en consecuencia, los puntajes de resiliencia son significativamente menores en subgrupos de riesgo en comparación con los grupos protegidos. Es decir, que para instrumentalizar programas de prevención selectiva se requiere obtener un coeficiente que indique el nivel de riesgo en que se encuentran las poblaciones objetivo.

Castro y Llanes (2006) señalan que el riesgo acumulado y la vulnerabilidad psicosocial son la clave para entender patrones de conducta negativa que experimentan muchos sectores de población y que pueden ser neutralizados con intervenciones de prevención selectiva.

Los autores hacen énfasis en la relación: riesgo acumulado, estrés acumulado y vulnerabilidad psicosocial, relación comprendida como funcional. Entre ellos se refleja una abstracción de los niveles en que se relacionan diferentes riesgos para determinar una condición psicosocial.

Pérez (2003) nos señala que la vulnerabilidad psicosocial pretende ser una hipótesis representativa de los mecanismos que determinan el estado de salud, acentuando el contenido de la relación más que el concepto cuantitativo y estadístico de los factores de riesgo.

Lo anterior al momento de instrumentalizar un programa de prevención selectiva es importante pues se requiere conocer el coeficiente de riesgo (correlación estadística) y el contenido de dicha relación.

La red comunitaria desde esta base, aprende el método en la acción (Castro y Llanes, 2006). Los miembros realizan su propio diagnóstico psicosocial, conocen su disposición al cambio, conforman, ponen en marcha y evalúan un plan de acción bajo un enfoque proactivo.

Todos estos procesos se comprenderán a lo largo del reporte, en el apartado de experiencias de prevención, por el momento, es importante mencionar que la prevención selectiva en términos operacionales tiene como base diagnóstica el nivel de riesgo de un grupo o comunidad. Por ejemplo, a mayor número de factores de riesgo mayor nivel del mismo. De ahí la importancia de obtener un coeficiente que sea clave para las intenciones de la prevención selectiva. Si dentro de un grupo o comunidad se presentan determinados factores de riesgo eso motiva a que el diseño del programa sea específico y revierta los focos rojos detectados en ese contexto, este es el punto de partida.

## **Prevención basada en la evidencia**

La Organización Mundial de la Salud (2002) ha descrito que: “en el plano local la prevención no es sustituto de políticas nacionales”; son las actividades desarrolladas dentro de los marcos legislativos y de organización las que complementan y autorizan la aplicación de las políticas nacionales (Desjarlais, Eisseberg, Good y Kleinman, 1995). En cambio, las acciones locales de prevención pueden referir principios básicos de programas que se apliquen a nivel nacional dado que tienen mayor facilidad para identificar los problemas particulares que la población presenta; los programas de prevención no solo informan y sensibilizan, también pueden proponer estilos de vida más saludables.

La información pues, no es suficiente para lograr cambios, porque hay un gran número de factores relacionados con la conducta, que van más allá del conocimiento sobre una sustancia o sobre una conducta de riesgo (Becoña, 2000).

Cornes, Fernández, Arauxo y Pedrejon (2004) definen a la ciencia de la prevención basada en la evidencia como “un conjunto interdisciplinar de conocimientos teórica y prácticamente útiles, racionales y cargados de valor, para la construcción, implantación, evaluación y diseminación de programas eficaces y eficientes de intervención preventiva, con la correspondiente metodología de investigación-acción, participativa, contextual, orientada a la acción y destinada a construir capacidad (empowerment) en los individuos y en sus comunidades” (p. 90).

Como se lee, por definición, esta perspectiva es interdisciplinaria al incorporar los componentes: resistencia, invulnerabilidad, competencia, autoeficacia, empoderamiento, afrontamiento positivo, resiliencia y emociones positivas (Seligman, 2005) que provienen de distintos campos de investigación y que promueven aprendizajes y competencias en las personas. Su tarea es que los individuos aprendan a responder efectivamente frente a las amenazas de su ambiente y modifiquen sus prácticas de riesgo.

La ciencia de la prevención propone mecanismos básicos para hacer un mejor uso de los programas preventivos y uno de sus fines es que las personas adquieran el poder de cambiar su percepción frente a un ambiente problemático.

Las estrategias de cada tipo de prevención deben estar sustentadas en un marco explicativo (modelo) del fenómeno que defina en principio, las variables que en él intervienen y las relaciones existentes entre ellas (Londoño y Vinaccia, 2005) para determinar el contenido del programa preventivo.

Las estrategias y materiales preventivos fundamentados en primera instancia por un modelo y dirigidos por una metodología de intervención (programa preventivo) inciden en la realidad y pueden provocar cambios favorables. En los siguientes párrafos se abordan y diferencian éstos tres conceptos básicos: modelo, programa y material preventivo.

### **Modelo Preventivo**

Modelo puede definirse en función de un paradigma científico. En psicología clínica bajo la perspectiva sistémica, equivale a una analogía que aprovecha aspectos de un sistema familiar, facilitando la comprensión de un objeto difícil de observar (Millon, 1994). Desde un enfoque conductual es un paradigma de investigación, el condicionamiento clásico y/o condicionamiento operante lo ilustran (Kantor, 1991).

Desde una perspectiva psicosocial un modelo es definido como un conjunto de normas, parámetros y procedimientos, que sirven para enfrentar una adversidad. Cuanto mayor número de componentes incluya mayor será su utilidad como medio para resolver y enfrentar situaciones (Llanes, Castro y Margain, 2001).

Desde el trabajo social un modelo es una representación gráfica, simbólica y/o conceptual, que ejemplifica una realidad a través de sus diferentes características con el fin de visualizar un contexto social, del cual se esperan orientar y planear transformaciones (Gamboa, 2003).

Con mayor especificidad, podría determinarse, la existencia de modelos teóricos y modelos prácticos, así mientras los primeros definen una postura cognoscitiva en un determinado campo de estudio los segundos, representan una parte concreta del fenómeno en el cual se busca incidir, así un modelo permite instrumentalizar la práctica preventiva. La complejidad entre las relaciones estructurales a nivel político, económico y social representa un conjunto de variables que validan su aplicabilidad.

En síntesis, un modelo aporta a la práctica preventiva:

- ☉ Un marco explicativo que fundamenta, justifica y predice una intervención preventiva.
- ☉ Principios que guían la actuación de los promotores comunitarios.
- ☉ Instrumentos de evaluación metodológica.

Helen Nowlis (1975) elaboró una clasificación de modelos que explican la interacción entre sustancia, individuo y ambiente social. En la siguiente tabla se describen su justificación y campo de acción.

**Tabla 4. Modelos Teóricos que enmarcan las acciones de prevención**

Modelo teórico	Justificación	Campo de acción
<b>Médico Sanitario</b>	El uso de drogas se debe a la falta de conocimiento de los riesgos y ello conlleva a consumir sustancias (Ramírez y Jiménez, 2001).	La prevención es una defensa ante la amenaza externa: la droga. Es una vacuna que evita la aparición del consumo.
	El adicto es un enfermo que necesita rehabilitarse.	Su objetivo es brindar información sobre las causas y los efectos del consumo.  Actualmente se reconoce la insuficiencia de este modelo para prevenir las adicciones al demostrarse que la información por sí misma y la aplicación de estrategias aisladas no garantizan la evitación ó el control del consumo.
<b>Ético-jurídico</b>	El bien jurídico tutelado es la salud de la colectividad. Quien produce, trafica, distribuye y consume drogas definidas como ilegales se considera que está cometiendo un delito contra la salud, tipificado en el código penal en su 7º título: Delitos contra la salud.	Clasificación y regulación legal de las drogas en cuanto a su producción, distribución y consumo. Se deriva una división entre drogas lícitas e ilícitas.  La penalización de delitos: producción, distribución, venta y consumo de drogas ilícitas y la creación de acuerdos internacionales de lucha contra las drogas.
	El sistema es una entidad concreta, comprendida y regulada por conceptos, principios, reglas, donde sucede una relación de interdependencia entre sus partes. Bertalanffy (2000).	Ambiente proximal del individuo: la familia, los vecinos, el grupo de pares, etc. Estudiar el funcionamiento de la persona a nivel psicológico y comunitario constituye su primera estrategia (Ballesteros, 1997).
<b>Psico-social</b>	El comportamiento adictivo es entendido como un problema psicológico donde, la interacción y entre sus elementos explica su mantenimiento.	Adaptación y corrección del comportamiento desviado o destructivo (García y Ramírez, 1996) a través de la aplicación de estrategias de cambio de actitudes, hábitos saludables y establecimiento de valores de autocuidado.
	La conducta humana es el resultado de la interacción de factores biológicos, sociales y culturales (Pastor y López, 1993). El consumo de sustancias depende de las reglas, normas y tradiciones transmitidas en una sociedad.	Promover representaciones sociales alternativas sobre el consumo de sustancias, así como la modificación de instituciones y la generación de actividades sociales menos enajenantes que puedan provocar una transformación en la vida de las personas (García y Ramírez, 1996).
<b>Socio-cultural</b>	Las representaciones sociales del uso de sustancias, describen como su variabilidad está mediada por pautas socioculturales (Ramírez y Jiménez, 2001).	

Los modelos (ver tabla 4) constituyen una abstracción sustentada históricamente por orientaciones conceptuales y metodológicas que en la práctica difícilmente se encuentran en estado puro. De hecho, en la mayoría de los casos, se influyen mutuamente (Ramírez y Jiménez, 2001).

Sin embargo, es cada vez más aceptada la idea de que las conductas adictivas tienen independientemente de la perspectiva con que se aborden, un componente indiscutiblemente social; no son exclusivamente, un problema de salud. Haberkor (2007) señala que concibiendo a las adicciones como problema social, que entiende al individuo en relación a su contexto hay mayor probabilidad de generar respuestas efectivas.

### **Programa Preventivo**

Un programa representa una unidad, una estructura interna que responde a un objetivo concreto (Morris, 1965; Ander Egg, 1999; De Paula Ferreiros, 1976) y se añade, general. Integra una serie de acciones organizadas que responden a objetivos específicos en un plan de acción. Contiene el objeto de cambio, las funciones, las actividades y los procedimientos.

Un programa es pertinente si responde de manera coherente a las necesidades existentes (López de la Llave y Pérez, 2004); de su aplicación se esperan determinados resultados, traducidos en capacidad de cobertura e indicadores de cambio. Para algunos autores (López de la Llave y Pérez, 2004) existe incluso, la posibilidad de generalizar sus componentes y procedimientos a otros contextos temporales y sociales.

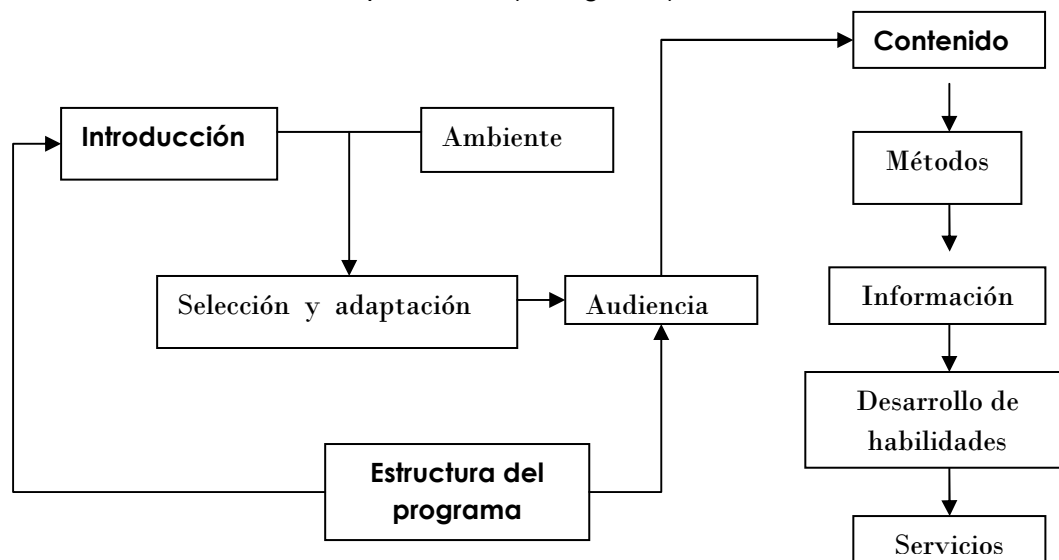
Todo programa de prevención debe basarse en principios científicos que provengan de la investigación. No obstante, la práctica preventiva basada en la ciencia se enfrenta a diversos obstáculos que van desde el número reducido de investigadores disponibles, lo que influye en la cantidad de estudios que desarrollen alternativas tecnológicas y que generen prácticas exitosas (Llanes y Castro, 2007) hasta las difíciles relaciones entre la investigación aplicada y la investigación básica, sin soslayar las que corresponden a la política pública y a la ciencia de la prevención.

Existen criterios específicos que caracterizan la adaptación de un programa de prevención. En los últimos años, se han formulado lineamientos básicos para diseñar y poner en marcha programas preventivos sobre el uso y abuso de sustancias basados en la investigación de modelos enfocados en la adquisición de conductas saludables (Londoño y Vinaccia, 2005).

El NIDA (2004) recomienda adaptar un programa preventivo en una comunidad tomando en cuenta tanto la estructura de ésta como la del mismo programa, para ello propone considerar la organización, la composición, la verificación del contenido (información, habilidades y estrategias) y la introducción del programa (adaptación, implementación y evaluación en un contexto).



Seguir dichos principios, sin soslayar al contexto comunitario y sus determinantes (cultura, condición económica, política, etc.) garantiza, en cierto grado, la efectividad y la validez de la intervención preventiva (ver figura 7).



**Figura 7.** Principios científicos de un programa de prevención de drogas (NIDA)

La evaluación de prácticas preventivas se vuelve un asunto complejo en la práctica. Una de las preguntas que plantea la ciencia en relación a la efectividad de las intervenciones es si los programas de prevención son realmente efectivos y si los procesos de evaluación para probarlo cuentan con el rigor metodológico adecuado.

De las respuestas a este tipo de cuestiones y del enfoque metodológico utilizado depende la dirección de la prevención. En este ámbito deben reconocerse distintos objetivos, por un lado, sus acciones pueden intentar reducir los patrones de consumo ó evitarlos en definitiva; dependiendo de la población objetivo, se dirigirán los esfuerzos al aplazo de la edad de inicio o bien, a la interrupción oportuna. También la prevención incide en la interacción y el control de factores de riesgo y protección en varios sentidos.

Otro aspecto más es la implementación de instrumentos de evaluación que definan aquello efectivo y aquello que no lo es en una intervención preventiva. Una evaluación del programa genera información acerca de las necesidades que tiene el grupo a ser intervenido, el tipo de servicios necesarios, el impacto del programa y los resultados del mismo (UCSF, 1997). Al conocer el impacto se obtiene información para que en futuras intervenciones se ajuste el programa con mayor efectividad.

Los resultados de la evaluación pueden generar una base conceptual a la práctica preventiva así como garantizar la sustentabilidad de un modelo. Aunque como lo apunta Llanes y Castro (2004) una es la evaluación del modelo y otra es la evaluación de la intervención.

En el primer caso, la mirada se enfoca en la incidencia y el impacto global en la sociedad del modelo, común denominador de las políticas públicas. En el segundo caso, los resultados justifican la asignación de recursos y las estrategias en futuras aplicaciones.

Un indicador importante en toda práctica preventiva es la evaluación de los resultados. Aquellas prácticas preventivas efectivas deben demostrar en sus evaluaciones, cambios precisos en los participantes (Larralde, 2006; Hansen, 1995; Dusenbury y Falco, 1995) a este respecto, en un metanálisis sobre la aplicación de programas de salud en comunidades de México (Hernández, Alvarado, Soto y Rodríguez, 1994) se encontró que las experiencias preventivas más exitosas eran aquellas que mostraban evidencias sobre el desarrollo de habilidades emocionales, sociales y valorativas en los participantes. En contraste, las experiencias que centraban su intervención en la impartición de talleres informativos sin articulación con otro tipo de actividades, no obtenían resultados que señalasen evidencias de un impacto favorable en la comunidad. Por ende, para lograr cambios en conductas, los programas de prevención deben ofrecer conocimientos, creencias y habilidades (Pick y Giaudavan, 2005) no sólo información sobre el objeto de intervención.

Lo anterior no descarta una sugerencia práctica resultada de la evaluación de programas preventivos: la inclusión de mensajes sobre las consecuencias del alcohol, el tabaco y el uso de drogas consideradas como ilícitas (Desjarlais, Eisseberg, Good y Kleinman, 1995). No obstante, los mensajes deben ser culturalmente apropiados y relevantes para la población en la que se diseminan.

Los mensajes que evocan miedo no conducen necesariamente a la adopción de medidas preventivas realmente eficaces. La educación puede llevar a un aumento de conocimiento sobre los riesgos del consumo sin proponer un cambio deseado de comportamiento (Desjarlais, Eisseberg, Good y Kleinman, 1995). Por dar un ejemplo, poblaciones como la juvenil necesitan sensibilizarse sobre los peligros asociados al consumo de drogas socialmente aceptadas como el tabaco y alcohol, en apariencia, menos dañinas.

Llevar programas de prevención a personas que viven al margen social como mujeres y jóvenes sin familia, niños de la calle, usuarios que se encuentran en prisión, trabajadoras sexuales, etc., representa un reto que no debe eludirse. Los usuarios de drogas pertenecen a todos los estratos sociales y las consecuencias negativas afectan a toda la sociedad.

## **Métodos de evaluación en la práctica preventiva**

Una clara concepción de los principios y características metodológicas para el desarrollo de los programas preventivos, permite diferenciar cada uno de sus componentes y un pleno dominio en la evaluación de su objeto de estudio y/o de intervención. Dentro de los métodos de evaluación existen procedimientos e instrumentos cuantitativos y cualitativos, ambos son formas diferentes pero igualmente válidas de acercarse a la realidad y problematizarla.

Llanes (2005) señala algunas de las ventajas más importantes de los métodos de evaluación rápida:

- 1) Brindan información contextual que sirve para elaborar y aplicar acciones de respuesta en materia de prevención y tratamiento.
- 2) Detectan necesidades de un entorno.
- 3) Dan información eficaz y pertinente para organizar una respuesta social y permitir intervenciones específicas.
- 4) Reconocen que los fenómenos psicosociales se expresan específicamente a nivel local.
- 5) Ayudan a conocer las características socioculturales y psicosociales del fenómeno.

Algunos trabajos (Medina-Mora, 2002; Castro, Sánchez y Pocheu, 1991; Cravioto, Medina-Mora y Galván, 2002; Natera, Renconco, Almendráis, Rososvky y Almendares, 1983; Soriano y Medina-Mora, 2002) documentan la utilización de métodos de evaluación rápida, particularmente al estimarse la magnitud y características del consumo de sustancias en poblaciones específicas como consumidores de heroína, consumo de alcohol en poblaciones rurales o consumo de sustancias en trabajadores de salud, etc.

También las evaluaciones rápidas se han aplicado a modo de sistemas de alerta epidemiológica (SISVEA, 2006), detectando cambios en el comportamiento de consumo así como, la detección de nuevas drogas o patrones de consumo (Llanes, 2005) o bien, reportan la existencia de patrones de consumo no detectados por otros estudios (López, Medina- Mora y Ortiz, 1984).

Los instrumentos de evaluación rápida permiten conocer la apreciación de la comunidad frente a sus riesgos, detección de diversos tipos de grupos inclusive en zonas de difícil acceso y uno de sus fines es el elaborar planes de acción mediatos e inmediatos a nivel preventivo y de rehabilitación acordes con la información obtenida sobre un contexto particular (interacción de factores psicosociales específicos).

Uno de los métodos de evaluación es el Método Jellinek (Popham, 1976) que proviene de un modelo antropológico de investigación. López, Medina- Mora y Ortiz, (1984) señalan que en su aplicación se obtiene una visión global de la subcultura estudiada, más que probar una hipótesis o estudiar conductas desviadas, por lo cual es considerado como método exploratorio más que analítico o experimental.

En la lectura de estudios aplicados (Natera, 1980; López, Medina- Mora y Ortiz, 1984; Popham, 1976; Natera, Rencoco, Almendares, Rosowsky y Almendares, 1983; Llanes, Elizondo y Castro, 2002) se sintetizan sus principales componentes metodológicos:

- Selección de una zona geográfica determinada.
- Subdivisión por áreas o regiones de la zona geográfica.
- Selección de un informante principal por cada área o región.
- Entrenamiento sobre el manejo y aplicación de los instrumentos de investigación o evaluación a la comunidad involucrada.
- A través de un primer informante son seleccionados diferentes actores agrupados de acuerdo a determinadas características (amas de casa, trabajadores, estudiantes, jóvenes, etc.).
- Reunión de cada grupo y planteamiento de conocimientos, opiniones y percepciones sobre la problemática en cuestión.
- Selección de un informante principal por grupo conformado.
- Conclusión a modo de diagnóstico o plan de acción que sintetiza consensos y discrepancias.

Son variadas las experiencias en investigación e intervención con el método Jellinek. López, Medina- Mora y Ortiz (1984) identificaron formas en como percibe la comunidad el consumo de drogas, conociendo el grado de conciencia del problema, las situaciones geográficas y sociales en las cuales se da dicho consumo así como, factores individuales tales como las actitudes.

Natera, Rencoco, Almendares, Rosowsky y Almendares (1983) al realizar un estudio comparativo entre México y Honduras sobre percepción y actitudes en torno al consumo de alcohol encontraron como dato principal que en Honduras las actitudes se dirigían hacia una menor tolerancia al consumo de alcohol que en México y se llegó a esta conclusión por la observación de las respuestas de rechazo a que un hombre beba en exceso, a contraer matrimonio con un hombre que bebe en exceso y la actitud de desaprobación ante el uso de alcohol moderado.

Otro estudio en la Delegación Iztapalapa del Distrito Federal (Ramos, citado por Zamudio, 2005) identificó bajo el método “búsqueda intensiva de casos” informantes de la comunidad que aportaron datos sobre la percepción de la violencia y consumo de sustancias en una unidad habitacional a fin de describir puntos peligrosos de la colonia, explicarse aspectos poco conocidos como significados creencias y representaciones sociales con respecto al uso de sustancias y conductas específicas de riesgo en jóvenes de esa zona.

Existen pues métodos de evaluación que sirven para conocer la magnitud, extensión y características de un fenómeno en un contexto específico (Llanes, 2005) esto de forma sencilla, rápida, sensible y confiable.

De acuerdo a los estudios descritos se destaca que en el trabajo preventivo, se requiere comprender la realidad percibida por la comunidad para la ejecución de un plan de acción. Los instrumentos que miden percepción social influyen no sólo en la aproximación al fenómeno de estudio sino en la participación e involucramiento de los comunitarios.

La detección de los factores de riesgo y protección es una de las primeras evaluaciones hechas en la práctica preventiva. Desde esta perspectiva, los participantes de los planes de acción, son los únicos que pueden determinar los factores de riesgo y protección que les afectan en su diario vivir (Castro, 2002). En este sentido, el trabajo de campo ha sido una aproximación ineludible que requiere la utilización de recursos e instrumentos para recabar información.

La participación de la comunidad y de sus actores clave es básica en el proceso de intervención, la incorporación de su propia percepción, de su voz y experiencia vierte información que difícilmente se encontrarían en estudios epidemiológicos.

Existe una diversidad de técnicas como los grupos focales que permiten acercarse a los patrones culturales de los grupos y los aspectos relacionados con las estructuras profundas como los pensamientos, sentimientos, experiencias asociaciones, lenguaje, suposiciones y factores ambientales contextuales, estilos discursivos locales, barreras comunicativas, etc. (Resnicoco, Soler, Braithwaite, Ahluwalia, y Butler, 2000).

El uso de este tipo de medios no se reduce al conocimiento de los fenómenos sino a su intervención como la detección de factores de riesgo y protección en una localidad.

Algunas de las desventajas de los métodos de evaluación rápida es el que la percepción siempre conlleva una carga subjetiva sobre todo cuando se trata de un tema de estudio como el consumo de drogas, lo cual puede hasta cierto punto, subestimar o sobrestimar el problema (López, Medina Mora y Ortiz, 1984).

No obstante, este supuesto problema (pues depende más bien de la perspectiva que se asuma) también podría aplicarse en estudios de tipo cuantitativo, como cuando en una Encuesta Epidemiológica se pregunta a un número finito sobre la frecuencia y cantidad del consumo de una sustancia, cualquiera que ésta sea en el último mes, el informante puede dar un dato aproximado, que no exacto de la realidad sobre su consumo.

Lo que se obtiene en concreto son estimaciones sobre la magnitud del problema sin soslayar, desde luego, el hallazgo de características relevantes factibles de generalizar en los estudios epidemiológicos. Esta última característica: la generalización, en el caso de las metodologías de orden cualitativo, difícilmente es posible, pues por lo regular, se generan datos propios de una zona o contexto comunitario en particular. Más bien, la metodología permite incorporar a los grupos en los procesos de diagnóstico y ello puede ser una ventaja al generar espacios de participación, lo cual puede dar cuenta de la sustentabilidad de los programas.

Aunque no es fin de este reporte hacer un análisis exhaustivo del tema, la competitividad de metodologías para el estudio de un mismo fenómeno no es un tópico de discusión productiva.

Se reflexiona, por el contrario acerca de la complementariedad de los métodos. Finalmente como señala Ortiz, Rodríguez, Galván, Unikel y González (1996) los aportes metodológicos proponen una visión más amplia y profunda de los fenómenos de acuerdo a los rasgos propios de la cultura.

La elección de los métodos depende en sí del objeto de investigación o intervención que se persiga y un punto importante, siguiendo a los autores citados, es como interactúa el método con las características del fenómeno porque de ello dependen las limitaciones y los alcances de cada aproximación.

A todo esto se propone promover el trabajo multidisciplinario, es decir, conjuntar un análisis de datos y textos dentro de un contexto histórico que permita eso, una visión más profunda, más completa del fenómeno en cuestión.

### **Material preventivo**

A partir de la forma en que se previene el fenómeno (modelo y programa), se diseña un material preventivo. Detrás de cada material preventivo existe una fundamentación y objetivo que respaldan su estructura y contenido. Por ejemplo, si se piensa en un modelo estrictamente médico-sanitario, se espera que el diseño del material preventivo contenga información sobre la sustancia y sus efectos en la salud.

Desde la perspectiva psicosocial el material preventivo engloba un conjunto de instrumentos didácticos útiles, específicos que van de acuerdo con las características

de las personas que los usan (Llanes, Castro y Margain, 2001). Se dirigen a disminuir los riesgos individuales y buscan generar nuevos hábitos y actitudes que mejoren el estilo de vida. (Castro, Llanes y Carreño, 2000). Son a su vez, herramientas que conducen y facilitan la práctica del promotor.

Diversos programas preventivos han intervenido de manera diferencial en los grupos sociales (Miovsky, Miovska, Rehan y Trapkova, 2007; Tobler, Roona y Ochshorn, 2000; Dusenbury y Falco, 1995; Paglia y Room, 1999) lo cual ha indicado la especificidad y la utilidad de ciertos materiales preventivos.

Debe tenerse especial cuidado con su uso. En México es recurrente un mal uso de materiales preventivos, aplicándose a grupos y/o comunidades sin un previo proceso de investigación y evaluación. Observando la práctica preventiva se ha detectado que el uso arbitrario e indiscriminado de materiales preventivos en poblaciones para las que no fueron diseñados puede resultar en prácticas inadecuadas que ponen en riesgo la legitimidad de los modelos preventivos (Castro, Llanes y Carreño, 2000).

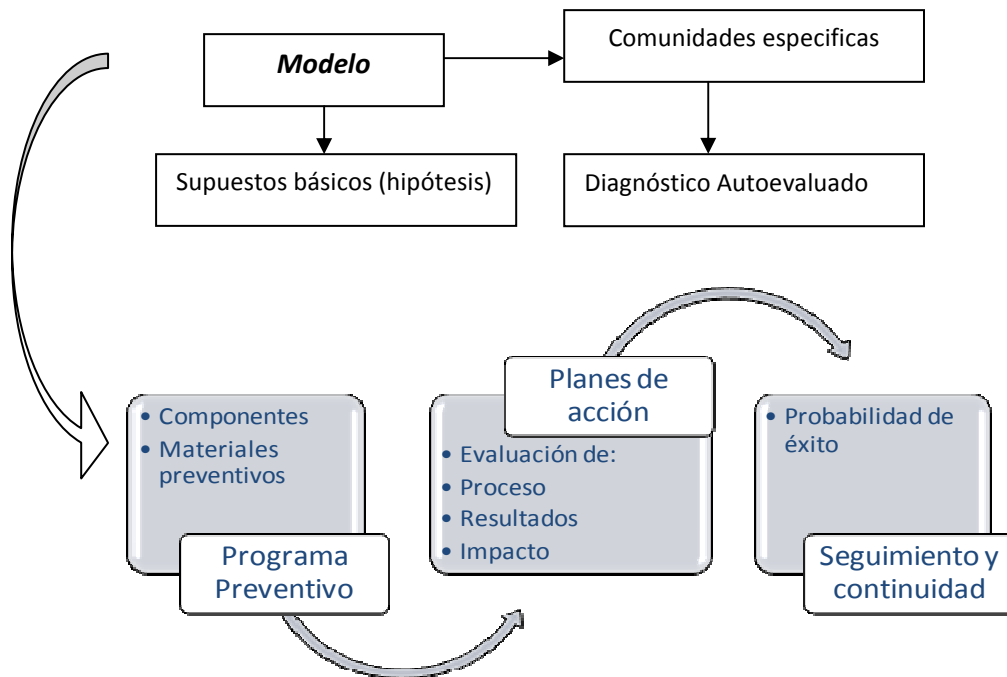
Existen diversos modelos diseñados y adaptados en poblaciones específicas mexicanas. Entre estos modelos destacan: *Para vivir sin drogas* de los CIJ; El modelo preventivo del *uso de alcohol y otras drogas para los trabajadores y sus familias*, del Instituto Nacional de Psiquiatría, el modelo *CHIMALLI*, el *programa de educación preventiva contra las adicciones PEPCA* de la Secretaría de Educación Pública, el modelo *preventivo y de rehabilitación de adicciones, Modelo ECO 2*, el modelo de prevención para el bebedor excesivo: *Autocontrol Dirigido* de la Facultad de Psicología, UNAM y el modelo *yo quiero yo puedo* del IMIPAF.

En los modelos se estructuran contenidos básicos de investigación. Sus materiales preventivos son producto de una práctica evaluada y sistematizada que facilita la corrección de errores en la ejecución de los programas en otras palabras, recupera las experiencias vividas para analizarlas e interpretarlas crítica y ordenadamente, y extraer contenidos que permitan mejorar la práctica preventiva (Programa Especial para la Seguridad Alimentaria, 2004).

En resumen, principios, métodos y técnicas conforman la estructura de un modelo que a su vez es fuente de retroalimentación con respecto al programa preventivo (Llanes, Castro y Margain, 2001).

En un programa se describen funciones y actividades por cada proceso o etapa de intervención. La evaluación de su aplicación se lleva a cabo mediante indicadores medibles (desglosados en el contenido del mismo) lo cual puede generar pautas de acción futura para la actualización de un modelo. Modelo, programa y material preventivo son articulados entre sí durante la ejecución de un plan de acción y su

relación indudablemente retroalimenta la práctica preventiva.



**Figura 8.** Interrelación entre modelo y programa preventivo

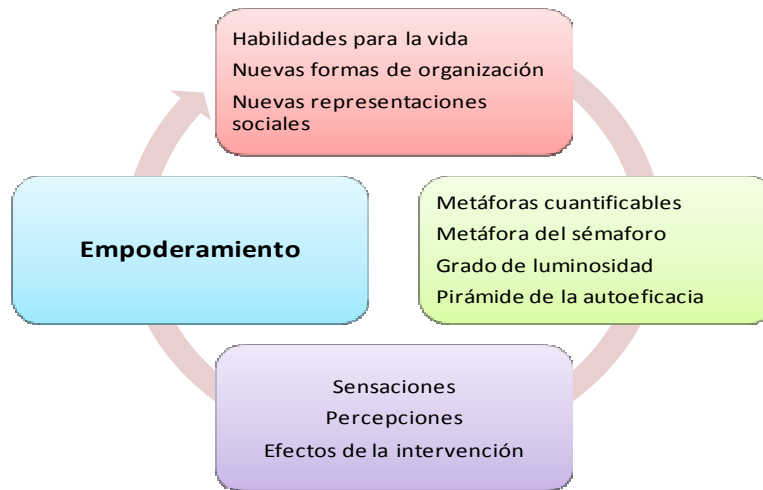
El describir estos tres conceptos sirve para identificar con mayor claridad los elementos que sustentan una opción alternativa de evaluación en las prácticas preventivas.

La congruente interrelación entre cada concepto hace la distinción entre una intervención fundamentada en el conocimiento científico y aquella implementada por razones políticas ó económicas (ver figura 8).

La noción de modelo, programa y material preventivo proviene de un enfoque de evaluación que difiere del enfoque tradicional, éste último hace mayor énfasis en la evaluación externa, en donde un agente que no participa en la experiencia, desde su propia perspectiva, determina los indicadores que miden el éxito de la intervención (Castro, Llanes y Margain, 2007).

Se propone entonces una evaluación, entendida como autoevaluación, donde lo que se evalúa son aprendizajes como: habilidades para la vida, práctica de técnicas preventivas, organización comunitaria u otras variables traducidas en resultados e impacto asimilados social y personalmente por los participantes antes y después de la intervención.





**Figura 9.** Insumos de la autoevaluación

Los efectos de una intervención son medidos a través de instrumentos basados en la elaboración de metáforas; las habilidades para la vida, por ejemplo, difícilmente pueden medirse de forma exacta, y el utilizar este tipo de instrumentos permite expresar la presencia y magnitud de aprendizajes de este tipo (ver figura 9).

Castro, Llanes y Margain (2007) subrayan la importancia de categorizar los climas, las habilidades socio afectivas, el aprendizaje de técnicas antiestrés y el tipo de organización comunitaria, por lo que son útiles este tipo de metáforas al comunicar el grado de participación o la magnitud de la resistencia a nuevos aprendizajes.

Como se ha señalado, el evitar o controlar un consumo de sustancias por medio de estrategias meramente informativas o desvinculadas de la realidad social en la que se vierten, resulta infructuoso y puede no ser un objetivo prioritario en prevención.

El surgimiento de nuevos paradigmas ha promovido la generación de procesos de empoderamiento basados en el traspaso de poder a los ciudadanos, grupos, organizaciones y comunidades para tomar decisiones que impacten sus vidas; dicho de otra manera, ejercer el poder sobre uno mismo y su propio contexto (Rappaport, 1987).

Ahora bien, tomando como referente el marco teórico de la prevención y los elementos que permiten su instrumentalización, se presenta una exposición de los modelos de prevención en adicciones que en México operan. Se comienza con el programa gubernamental “Limpiemos México”, del que se hacen algunas observaciones críticas basadas en los supuestos descritos con anterioridad. Más adelante, se exponen y analizan cuatro modelos basados en criterios provenientes del ámbito ciencia de la prevención.



**Modelos de Prevención  
de Adicciones en  
México**

**Capítulo**

**4**



## Programa “Limpiemos México”

En México existen diversos esfuerzos en materia de adicciones. En la actual administración federal se destinan 746 millones de pesos para su prevención, tratamiento y control (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012). Las iniciativas públicas se encuentran articuladas a través de la estrategia “Limpiemos México”, cuya política se instrumentaliza en el marco institucional de cada gobierno estatal. Sus prácticas son aplicadas principalmente en los ámbitos escolar y comunitario, para lograrlo, se cuenta con la participación de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), la Secretaría de Salud (SS), la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Seguridad Pública (SSP). El programa se divide en tres subprogramas: Escuela Segura, Recuperación de Espacios Públicos y Programa Nacional contra las Adicciones (ver figura 10).



**Figura 10.** Estructura de “Limpiemos México”. Cuadro elaborado a partir de la lectura del Plan Nacional de Desarrollo, 2007.

**Programa Rescate de Espacios Públicos:** Encargado de la creación de espacios recreativos y culturales como parques, plazas, jardines, Casas de Cultura, etc. Se espera que los jóvenes practiquen conductas saludables como deporte, manejo de tiempo libre y recreación.

**Programa Nacional contra las Adicciones:** A través de la Secretaría de Salud (S.S.) se edifican centros de tratamiento en todo el país para atender personas que sufren alguna adicción. Para este sexenio se esperan construir 300 unidades de especialidad médica (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012).

**Programa Escuela Segura:** Evitar la introducción de armas de fuego y drogas a las escuelas y disminuir los índices de venta de drogas. Contempla la iniciativa de realizar exámenes médicos que detecten un posible consumo. Este programa requiere la participación de la comunidad escolar y los padres de familia para la creación de comités de vigilancia.

En general, los programas que conforman la estrategia “Limpiemos México” se guían por pautas de atención y control del consumo de drogas. Sus acciones se centran de manera prioritaria en enfrentar las consecuencias del consumo. Las propuestas descritas no son recientes, de hecho, en la administración anterior (Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006) se implementaron programas con el mismo contenido como “Súmate”, “Ojo ciudadano”, “Seguridad Integral en las comunidades educativas”, etc.

A pesar de dichos esfuerzos, el problema del consumo de drogas, sobre todo en la población estudiantil, no ha mostrado índices de reducción, lo que sí sucede es una gran controversia sobre la eficacia preventiva de tales iniciativas; su grado de éxito no ha correspondido del todo con la situación actual del consumo de drogas pues existen evidencias (Valdez, 2006; Leyva y Castillo, 2003; INNE, 2007; ENE, 2006) de que en planteles públicos de educación secundaria y primaria este problema y sus asociados como la violencia, en vez de disminuirse, se han agravado.

Organismos como la Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal han recibido críticas por parte de la ciudadanía al considerar que programas como el de “Escuela Segura” viola los derechos humanos de los estudiantes. La principal observación ante este tipo de estrategias, descansa en que su implementación obedece más a formas reactivas de enfrentar el problema que a prácticas preventivas basadas en conocimientos científicos, dirigiendo sus estrategias con mayor énfasis hacia la atención de la oferta que a la atención de la demanda (Leyva y Castillo, 2003).

En México se dispone de alternativas metodológicas que ofrecen programas preventivos diseñados y aplicados con fundamento a la realidad social del país, basados en principios que la ciencia de la prevención promueve. Los modelos coordinan sus acciones con instituciones sociales y de salud, organizaciones sociales, líderes y personas que viven en comunidades rurales y urbanas, incluyendo procesos definidos de continuidad y seguimiento de sus resultados. A continuación, se describen cuatro modelos de prevención de adicciones en México que han demostrado prácticas efectivas.

## **Modelo de prevención ECO-2**

Centro Cáritas de Formación para la Atención sobre Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas A.C., Ing. Juan Machín.

### **Descripción**

Creado por cuatro organizaciones de la sociedad civil: Cáritas Arquidiócesis de México I.A.P., Hogar, Integral de Juventud I.A.P., Centro Juvenil de Promoción Integral A.C. y Cultura Joven A.C. El modelo ECO-2 promueve procesos de inclusión social y hace referencia a un meta nivel que enlaza los aportes de diversas ciencias (antropología social, psicología social y sociología, entre otras) para entender la realidad humana, las comunidades y fenómenos sociales como las adicciones (Machín y Zorondo, 2007).

### **Fundamentos teóricos**

Las raíces teóricas provienen de diversos paradigmas como la geometría fractal de Mandelbro el pensamiento complejo de Morin, la cibernética de Wiener, Bateson y Von Foerster, la dinámica no lineal, la sinérgica de Haken, la recursividad de Hofstadter, los sistemas complejos adaptativos de Gell-Man y las teorías de redes (Machín, 2007). Algunos de sus componentes teóricos son: red social, representación social y minorías activas.

**Fármacodependencia:** problema complejo determinado por aspectos como la bioquímica cerebral, la significación del consumo en la sociedad, las consecuencias sociales y de salud, hasta la influencia determinante del contexto político-económico que involucra al crimen organizado (Machín, 2007).

**Geometría fractal:** Colodro (2002) la define como una geometría de la singularidad, donde las irregularidades infinitesimales de una forma son modelados y analizables desde una perspectiva cuantitativa, lo fractal alude a las nociones de fragmento, fracción e irregularidad. La geometría fractal tiene como pretensión ilustrar el caos y la indeterminación que afloran desde las profundidades una morfogénesis hacia su superficie más visible (Colodro, 2002). Una parte consustancial es la noción de estructura fractal que responde a la necesidad de ilustrar la singularidad de modelar la heterogeneidad de una forma y permitir su manera cuantitativa.

**Red social:** expresa el hecho de que el ser humano es gregario y el tener relaciones con otras personas es una de sus necesidades fundamentales (Machín, y Velasco, 2005). Las redes significan la construcción entre pares e implica el reconocimiento de los propios límites, del valor del otro, de la posibilidad de diseño y diferencia, la práctica de consenso, la particularidad y la democracia (Machín, 2005).

**Representación social:** Esquema de conocimiento compartido y construido acerca de "objetos sociales" que adquieren así una tipicidad. Es una elaboración del "sentido común", de la experiencia cotidiana que orienta la conducta de las personas de un grupo social (Jodelet, 1989).

**Minorías activas:** Conforman una fracción de individuos reconocidos por sus características específicas por la mayoría, con una alta motivación para obtener, conservar y hacer crecer su visibilidad ante la mayoría (Doms y Moscovici, 1984).

### **Criterios básicos de la prevención**

El inicio de toda acción preventiva debe fundamentarse en un conocimiento profundo de las representaciones sociales encontradas en el discurso social de la comunidad. De esta forma, si la comunidad concibe como peligroso el consumo de drogas, la prevención se encargará de gestionar la seguridad y la salud de sus integrantes, sean estos drogadictos o no (CONADIC, 2003). A tal efecto, se define a la prevención como:

**Tabla 5. Definición de prevención**

---

1	Local
2	Sobre los sistemas y sus interacciones
3	Sobre una situación crítica
4	No tiene como fin la desaparición de la situación crítica
5	En lo cotidiano
6	No es información
7	Presupone competencia previsional y manipulativa
8	Presupone un sistema de conocimientos y de hipótesis adecuado.

(CONADIC, 2003)

---

El trabajo preventivo se plantea como un esfuerzo de cambio sobre las representaciones sociales lo cual constituye un proceso de influencia comunitaria. La construcción de seguridad (prevención) supone cambios en las representaciones sociales del consumo de drogas.

Lograr estructurar nuevos equilibrios en la red permitirá una nueva seguridad en su interior, este proceso de innovación es lo que desarrollan las minorías activas en el seno de un grupo o comunidad, perpetuando una estructuración constante y coherente de una representación social que se señala como mejor (más efectiva y eficaz) al lograr cambios en el manejo de la red (Machín y Zorondo, 2007).



## Metodología de Intervención

Consiste en organizar y dotar a las personas del poder necesario para enfrentar sus situaciones y lograr influir en las mayorías de sus comunidades, lo cual implica una tarea de largo aliento (Machin, 2007).

La prevención empodera a la comunidad a través de procesos de influencia para que cambien los niveles de representaciones e interpretaciones construidas en sus relaciones (redes y formas de interacción) que mantienen las situaciones de sufrimiento derivadas del consumo de sustancias y de otras problemáticas sociales. De esta manera, la prevención es una construcción de seguridad, un resultado de una interacción entre conexiones e interconexiones.

Los componentes metodológicos del modelo son:

**Tabla 6. Metodología de intervención**

---

1	Empleo de instrumentos (diario de campo, hoja de primer contacto, equipo de trabajo, grupos, etc.)
2	Planeación estratégica en base a diagnósticos (investigación - acción)
3	Postura ética (reflexión, evaluación permanente, revisión de tareas (en equipo, supervisiones externas)

---

## Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo

Dra. Silvia Carreño García, Dra. Ma. Elena Medina-Mora, Dr. Arturo Ortiz, Mtra. Guillermina Natera, Lic. Marcela Tiburcio, Dr. Agustín Vélez. CONADIC / Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

### Descripción

Surge de la necesidad de atender problemas de uso de sustancias en la población laboral que vive en condiciones de trabajo que le generan estrés y que no cuentan con un servicio de salud disponible.

Tiene sus antecedentes en el modelo diseñado por el Dr. Sverre Fauske, (Fauske, Wilkinson y Shain, 1996) dirigido a empresas pequeñas, medianas y grandes. En México fue adaptado a las condiciones culturales de las poblaciones laborales con un amplio programa de investigación por el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* (Medina-Mora, Carreño y De la Fuente, 1998 citado por CONADIC, 2003) y fue extendido a la familia y a la comunidad (Natera y Tiburcio, 1998, citado por CONADIC, 2003).

## Fundamentos teóricos

La teoría de cambio de Prochanska y Di Clemente (1983) entiende a la adicción como una conducta aprendida, lo que plantea la posibilidad de intervenir en su modificación a partir de sus consecuencias. Los autores señalan que, una proporción de personas que dejan de consumir sustancias, transitan por diferentes etapas motivacionales: precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento y recaída.

## Criterios básicos de la Prevención

Con la prevención se generan opciones de enfrentamiento ante situaciones de estrés que el trabajador enfrenta en el ámbito laboral y que inciden en su rendimiento. Se incluye el abordaje de los principales ámbitos sociales que comprenden su vida: empresa, familia y comunidad (ver figura 11).

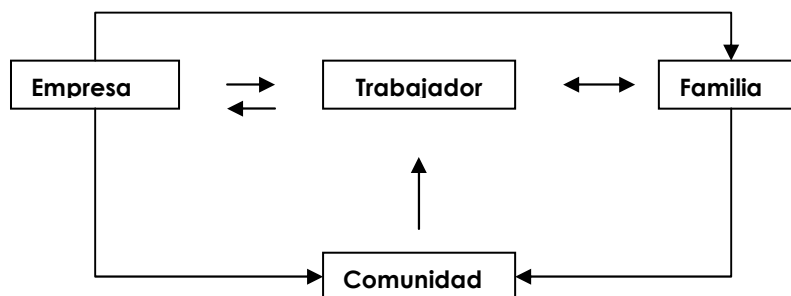


Figura 11. Ámbitos de intervención del modelo. Fuente: CONADIC (2003).

## Metodología de Intervención

### Tabla 7. Metodología de Intervención

1. Formar un **comité** con la participación de todos los sectores
2. Establecer una **política laboral** en torno al consumo
3. Desarrollar un **programa de prevención** (nivel primario y secundario)
4. Diseñar **estrategias de intervención** para trabajadores
5. Identificar y **manejar los problemas**
6. Entrenar a **supervisores y personal de salud**
7. Establecer un **programa de referencia a tratamiento**
8. Dar **seguimiento** a las acciones del programa
9. Realizar la **extensión de los programas** a la familia y la comunidad

## Modelo de Prevención: “Yo quiero, Yo puedo”

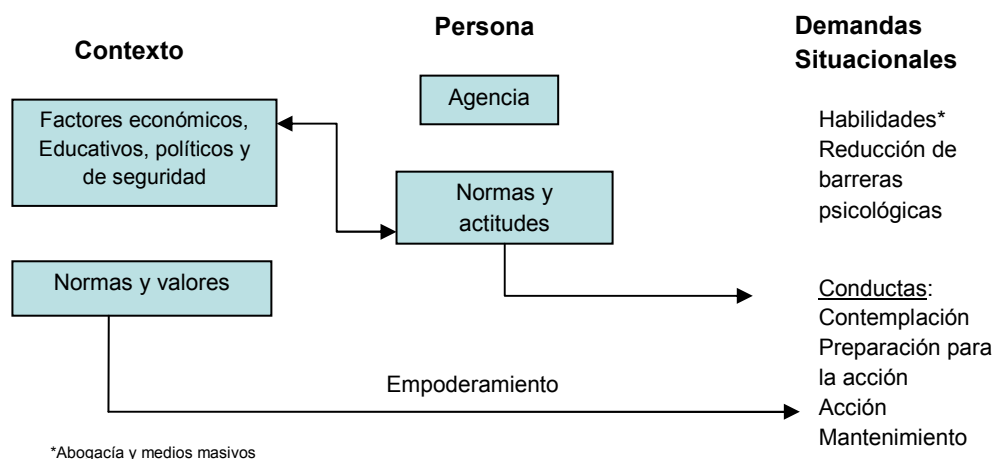
IMIFAP - Educación, salud y vida

### Descripción

Creado por el Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) en un principio, se aplicó en población escolar de 4º, 5º y 6º grado de nivel primaria. En la actualidad se aplica en los ámbitos preescolar y secundario (Givaudan, 2007), favoreciendo el desarrollo de habilidades para la vida en estudiantes, con el fin de prevenir problemas de educación y salud pública. Se instrumenta en escuelas públicas y privadas, capacitando a docentes y orientadores. El programa cumple con los criterios de la OMS (1997) de dar un sustento básico de habilidades para la vida y mejorar la salud física y mental. (CONADIC, 2003).

### Fundamentos teóricos

Los conceptos que fundamentan la intervención son: Agencia Personal y Empoderamiento Agéntico. La agencia es la capacidad de las personas para lograr sus metas de desarrollo propuestas, a través de sus propias elecciones y decisiones (Givaudan, 2007). El empoderamiento agéntico es la suma de un estado y un proceso de acumulación de poder interior que permite tomar decisiones, actuar con autonomía y tener un sentido más fuerte de control sobre el contexto; las personas se redefinen a sí mismas como agentes, en lugar de objetos de cambio (Givaudan, 2007) (ver figura12 ).



**Figura 12.** Relación entre agencia y empoderamiento. Fuente: Pick, Poortiga y Givaudan (2003).

### Criterios básicos de la Prevención

Los programas más efectivos son los que integran información sobre el desarrollo de habilidades psicosociales que sirvan para enfrentar las demandas y los retos de la vida diaria (IMIPAF, citado por CONADIC, 2003).

La prevención desde esta óptica sugiere que la comunidad logre adaptarse a un futuro, sabiendo intervenir en las decisiones que lo implican.

## Metodología de Intervención

El modelo cuenta con 5 etapas básicas:

**Tabla 8. Metodología de intervención**

Etapas	Acciones
<b>Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema</b>	Identificación de necesidades de la población meta. Recolección epidemiológica o estadística del problema a intervenir. Creación de grupos focales. Entrevistas formales a población objetivo. Involucramiento de la comunidad los programas.
<b>Etapa 2: Desarrollo del programa, materiales e instrumentos</b>	Diseño de materiales didácticos (manuales, libros de trabajo, carteles,). Desarrollo de actividades y técnicas lúdicas. Realización de pruebas con grupos focales de la comunidad. Diseño de instrumentos de evaluación de impacto.
<b>Etapa 3: Piloteo del programa y evaluación</b>	Realización de prueba piloto del programa con distintos grupos. Trabajo grupal en instituciones gubernamentales locales y estatales. Retroalimentación por la comunidad atendida (cambios en los programas).
<b>Etapa 4: Abogacía y Difusión</b>	Destacar las condiciones de aceptación del programa. (Institucionalización). Ejercicio de abogacía (servidores públicos, autoridades locales, relacionadas con la salud, educación y desarrollo social, sociedad civil). Difusión por distintos medios de resultados de las experiencias.
<b>Etapa 5: Aplicación a gran escala</b>	Implementación del programa a gran escala. Trabajo conjunto con facilitadores del IMIFAP Formación de promotores comunitarios.

Los ejes temáticos del modelo (1992-2007) son:

- @ **Habilidades para la vida:** Autoconocimiento, autonomía, responsabilidad, comunicación asertiva, organización, expresión emocional, autorregulación.
- @ **Educación para la salud:** Prevención del embarazo, de adicciones, de infecciones de transmisión sexual, de violencia y trastornos alimenticios.
- @ **Formación cívica y ética:** Libertad y responsabilidad, participación ciudadana, democracia y cuidado del medio ambiente.

## Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales CHIMALLI

INEPAR (Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos A.C.) Mtra. María Elena Castro Sariñana, Dr. Jorge Llanes.

### Descripción

El Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos Psicosociales A.C. (INEPAR) es una asociación civil, sin fines de lucro, dedicada a estudiar los riesgos psicosociales, intentando prevenirlos a través del Modelo Chimalli.

Los planes de acción son su metodología básica de intervención. Tienen una duración aproximada de 21 semanas. Sus ámbitos de aplicación son: comunidades abiertas (poblaciones rurales o urbanas) y cerradas (escuelas, centros comunitarios y de desarrollo). Sus componentes básicos son:

- 📍 Intervención grupal
- 📍 Investigación para el diagnóstico y evaluación en cada una de las comunidades.
- 📍 Trabajo sistemático con dispositivos grupales y la participación de la comunidad.

### Fundamentos teóricos

El modelo Chimalli permite el desarrollo de habilidades para la vida bajo un **enfoque proactivo** (Castro, y Llanes, 2005) que evite la aparición de conductas de riesgo, conjuntando esfuerzos a partir de recursos disponibles en la comunidad, orientándose hacia la movilización de sus actores y no en aquellos provenientes del exterior.

**Flexibilidad paradigmática:** Involucra la presencia de diversas formas de hacer prevención. El cambio de paradigmas implica la inversión de esfuerzos que busquen soluciones y no solo el señalar problemas (Llanes y cols., 2001).

**Modelo ecológico:** Busca modificar las normas de grupo para llevarlos del riesgo a la protección. Fomenta la resiliencia en las personas, logrando ambientes protectores. (Llanes y cols., 2001).

**Resiliencia:** Definida por numerosos autores (Rotter, 1993; Fernández y D'Adam, 2006; Barudy y Marquebreucq, 2005; Carver, 1998; Combariza, 2001; Vanistendael y Lecomte, 2003) como la habilidad de algunos individuos para enfrentarse a la adversidad, adaptarse y recuperarse después de que ésta es vivida e iniciar o regresar a una vida productiva y sana.

La mayoría de las personas resilientes presentan una buena autoimagen y una alta valoración de sí mismos; así como sentimientos de autoeficacia, actitudes cooperadoras, lo cual les permite tener buenas relaciones interpersonales y familiares (Affleck y Tennen, 1996; Aldwin, Sutton y Lachman, 1996).

La activación de factores resilientes genera cambios en las familias y comunidades. En el contexto de un programa de prevención esto significa dotar a los individuos de factores de protección.

**Dispositivo grupal:** Espacio social donde se generan el cambio de actitudes, el aprendizaje de nuevas habilidades y el establecimiento de vínculos solidarios y significativos (Castro, 2002).

**Habilidades para la vida:** Destrezas vitales que permiten al individuo un desarrollo y adaptación óptimos a su medio ambiente.

### **Criterios básicos de la Prevención**

El consumo de sustancias no es el fin último de la prevención, sino el combatir la vulnerabilidad psicosocial (Castro y Llanes, 2007). La prevención se hace posible con alternativas de protección en aquellos que aún no se encuentran afectados por el consumo pero si están en riesgo (Castro, 2002).

Eliminar la idea de que el transmitir información es una actividad central en la labor preventiva y de que sólo los especialistas pueden hacer prevención.

### **Metodología de Intervención**

El plan de acción conjunta la participación individual, familiar y comunitaria en 4 pasos básicos.

**Tabla 9. Metodología de intervención**

<b>Pasos metodológicos</b>	<b>Acciones</b>
<b>Paso 1: Integración de la red comunitaria y diagnóstico</b>	Inmersión en la comunidad
	Conformación de una red social
	Diagnóstico psicosocial por la red en función de la detección de factores de riesgo y protección
<b>Paso 2: Programación del contenido del ciclo de actividades</b>	Formación de grupos a partir de la acción colectiva de la red (Campaña Chimalli).
	Planificación de sesiones preventivas (transmisión de habilidades de protección).

---

	<b>Evaluación de proceso:</b> Registro pormenorizado desde la llegada a la comunidad hasta el final de la intervención (bitácora y diario de campo).
<b>Paso 3: Evaluación</b>	<p><b>Evaluación de Resultados:</b> Aplicación del cuestionario de habilidades protectoras antes y después de la intervención que permite discriminar indicadores de evaluación en el desarrollo de habilidades de protección a nivel grupal.</p> <p><b>Evaluación de Impacto:</b> Se compara antes y después la disposición al cambio de la comunidad y los niveles de riesgo psicosocial presentes, aplicándose al final de la intervención instrumentos de diagnóstico: Inventario de disposición al cambio: Índice (Llanes, Castro y Margain, 2001) e Inventario de riesgo y protección en la comunidad: Irparco (Llanes, Castro y Margain, 2001).</p>
<b>Paso 4: Difusión de logros y avance a un nuevo ciclo del plan de acción</b>	<p>Comunicación hacia la comunidad de los logros en materia de desarrollo de habilidades de protección de los grupos.</p> <p>Visitas personales y transmisión de mensajes de apoyo.</p> <p>Transferencia tecnológica (asimilación y reforzamiento de mensajes protectores por la comunidad).</p>

---

Un medio estratégico del modelo consiste en transferir tecnología de prevención a la comunidad a través de la creación de redes sociales de protección así como el entrenamiento en habilidades para la vida, siguiendo pautas de promotoria (Castro y Llanes, 2007).

El sistema de transferencia tecnológica enseña al promotor cómo motivar a los comunitarios, transformando sus ambientes proximales, ofreciendo nuevos aprendizajes, habilitando redes sociales y haciendo que éstas trabajen por sí mismas.

El proceso de evaluación del modelo se hace mediante un convenio de colaboración con las instituciones encargadas de llevar a cabo la transferencia tecnológica (Castro y Llanes, 2007).

Al ser este modelo aplicado durante la formación de la maestría en psicología de las adicciones, se sintetizan los principios de científicidad de acuerdo al NIDA (2004).

<b>Primer Principio: Estructura del modelo</b>		
	<b>Audiencia</b>	<b>Ambiente</b>
	Mujeres, Niños, Adolescentes y jóvenes, padres de familia	Comunidad
<b>Estructura</b>		Escuelas (Primarias, secundarias, preparatorias y bachilleratos)

### Segundo Principio: Contenido del modelo

	Información	Desarrollo de habilidades	Métodos	Servicios
<b>Contenido</b>	Datos epidemiológicos (Encuestas nacionales, estatales y locales)	Habilidades de protección	Conformación de una red	Comunidades protegidas
			Conformación de grupos	
			Plan de acción iniciado por la red.	
			Formación de promotores comunitarios	
			Transmisión de mensajes de protección	

### Tercer Principio: Introducción del modelo

	Selección/adaptación	Características de la introducción
<b>Introducción</b>	Poblaciones de comunidades urbanas y rurales	Transmisión de mensajes de prevención.
		Animación sociocultural
		Animación social

## Análisis de los componentes básicos de los modelos

Conocer modelos de prevención a través de la aplicación de sus programas, permite determinar sus alcances y limitaciones. Castro y Llanes (2005) proponen 8 componentes básicos para evaluar la efectividad de modelos preventivos: modelo probado, inserción del modelo en el programa, sustentabilidad, entrenamiento de promotores, evidencias, impacto en la comunidad, materiales, políticas públicas y estrategias de diseminación.

Por cada componente se desglosan 36 indicadores. En este caso solo se señala su ausencia o presencia en cada uno de los modelos. Por fines de este reporte, se realiza una estimación aproximada sobre la efectividad de los modelos descritos a lo que, se optó por comparar de una manera global que nos permita comparar y distinguir algunos de los alcances y limitaciones de cada modelo.



**Tabla 10. Componentes de evaluación**

<b>Componentes</b>	<b>ECO-2</b>	<b>“Prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo”</b>	<b>CHIMALLI</b>	<b>“Yo quiero, Yo puedo”</b>
<b>1. Modelo Probado</b>				
Base teórica	♦	♦	♦	♦
Base empírica	♦	♦	♦	♦
Metodología	♦	♦	♦	♦
Ciclo de evaluación eficaz	♦	♦	♦	♦
<b>2. Inserción del modelo en el programa</b>				
Paradigmas (actitudes que facilitan y que obstaculizan)	♦	No especificado	♦	♦
Transversalidad	♦	♦	♦	♦
Direccionalidad	♦	♦	♦	♦
Compatibilidad con políticas locales	♦	Indirectamente	♦	♦
<b>3. Sustentabilidad</b>				
Grado de fidelidad en la ejecución y/o ampliación de cobertura	En proceso	En proceso	En proceso	En proceso
Costo – Beneficio a corto, mediano y largo plazo	♦	♦	♦	♦
Duración del programa	♦	♦	♦	♦
Seguimiento	♦	♦	♦	♦
<b>4. Entrenamiento de promotores</b>				
Saber disciplina	♦	♦	♦	♦
Saber hacer	♦	♦	♦	♦
Saber ser	♦	♦	♦	♦
Saber convivir	♦	♦	♦	♦

## 5. Evidencias

Cambios en las prevalencias	En proceso	En proceso	◆	En proceso
Expedientes y bitácoras de las comunidades intervenidas	◆	◆	◆	◆
Documentación de casos exitosos	◆	◆	◆	◆
Calidad de la intervención	◆	◆	◆	◆
Cobertura	En proceso	En proceso	En proceso	En proceso

## 6. Impacto en la comunidad

Información y reflexión	◆	◆	◆	◆
Comunicación y participación	◆	◆	◆	◆
Organización e incidencia en otros programas	◆	Aún no directamente	En proceso	En proceso
Transformación de actitudes y desarrollo humano	◆	◆	◆	◆

## 7. Materiales

Para promotores	◆	◆	◆	◆
Para beneficiarios	◆	◆	◆	◆
Para directivos y profesionales	◆	◆	◆	◆
Para fundaciones y funcionarios que toman decisiones	◆	◆	◆	◆

## 8. Políticas públicas y estrategias de diseminación

Competencias	◆	◆	◆	◆
Criterios de desempeño	◆	◆	◆	◆
Materiales	◆	◆	◆	◆
Evidencias	◆	◆	◆	◆
Políticas públicas	Aún no significativamente	Aún no significativamente	Aún no significativamente	Aún no significativamente

◆ Si cumple

Los cuatro modelos de prevención han realizado prácticas preventivas del consumo de drogas y responden a características teórico metodológicas particulares: diseño, aplicación y evaluación de resultados. Algunos como el modelo “Chimalli” y “Yo quiero, Yo puedo” incluyen la formación de promotores comunitarios. De alguna manera todos los modelos se ocupan de prevenir no sólo el consumo de drogas, actúan básicamente sobre situaciones, problemáticas que se asocian al fenómeno, es decir, sus intervenciones subyacen la prevención específica, trabajan sobre riesgos que sus poblaciones específicas presentan. No obstante, se identifican de forma general determinadas particularidades que los diferencian.

**Población objetivo:** En cada modelo existe un tipo de población objetivo de intervención a diferentes niveles como trabajadores, comunidades abiertas, escolares, padres de familia, educadores, cada uno con sus respectivos riesgos específicos.

**Cobertura de aplicación:** Determinada por la disponibilidad de recursos, el grado de accesibilidad (originado en parte, por el tipo de población objetivo) y el grado de coordinación con otras instituciones para su disseminación.

**Evaluación de la Intervención comunitaria:** Las principales diferencias encontradas descansan en la presencia o no de un sistema de evaluación de indicadores de consumo de sustancias antes y después de la intervención que permita el alcance de objetivos específicos y actividades que efectivamente prevengan. En cada modelo se presenta una forma particular de evaluación como proceso de impacto real en los escenarios de aplicación.

Tanto en Chimalli como en “Yo quiero, yo puedo” se llevan a cabo mediciones antes y después de la aplicación de sus componentes básicos: habilidades para la vida, habilidades para enfrentar sentimientos negativos, disposición al cambio, percepción de riesgo y particularmente en el modelo “Yo quiero, yo puedo”, conocimiento referido al manejo de información objetiva sobre el uso y abuso de sustancias, toma de riesgos y alternativas de prevención (IMIFAP y MENTOR, 2007).

También se han realizado comparaciones con grupos que no han sido intervenidos, por ejemplo, en el modelo “yo quiero, yo puedo” se han hecho comparaciones de grupos experimentales y grupos control (IMIFAP, 2007).

En el modelo ECO-2 son los procesos formativos el principal método de trabajo tanto para los promotores como para los comunitarios, la evaluación hace énfasis en el aprender a aprender, permite a las personas construir un contexto que haga posible una constante verificación de su propio sistema de conocimiento (epistemología) y de su actuar. Las personas que hacen prevención son vistas como entes pertenecientes a sistemas complejos adaptativos (Red Americana de Intervención en Situaciones de

Sufrimiento Social, 2007) y son ellas las responsables de su evaluación, es decir, no es el experto quien evalúa y determina los cambios de la comunidad sino ella misma es quien estima el valor y el alcance de sus resultados.

El nivel de participación de los actores comunitarios en las distintas fases de aplicación de los programas también es una variable que difiere tanto en los mecanismos por los cuales se genera como en aquellos que permiten incentivarla y/ o mantenerla.

En el Modelo ECO-2 se logra la participación a través de la trama simbólica en las relaciones, ya que ahí se da el pasaje de las representaciones sociales a la construcción social de la exclusión. La conducta desviada como fenómeno colectivo es, principalmente, una construcción social (Machin, 2005). En el caso del modelo Chimalli es a través de la formación de redes sociales con el acompañamiento de promotores comunitarios.

El modelo “yo quiero, yo puedo” promueve procesos de capacitación para que la propia población dirija el programa preventivo y la formación de grupos focales.

En el modelo de prevención de consumo en el trabajo, profesionales de salud mental llevan a cabo la promoción de componentes educativos (Carreño, Medina-Mora, Martínez, Juárez y Vázquez, 2006) enfocados a disminuir el consumo excesivo de alcohol y reducir sus consecuencias negativas en el lugar de trabajo.

Algunos de los alcances detectados en las intervenciones de cada modelo son:

### **Modelo ECO-2**

Una aportación significativa es el trabajo de red en varias organizaciones sociales en México así como la conformación del Centro Caritas de Formación para la Atención a las Farmacodependencias y situaciones críticas asociadas (CAFAC) que forma a especialistas en dichas áreas. ECO-2 es el marco metodológico de alrededor de 30 organizaciones mexicanas y de países como Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá.

La participación de cada una de estas organizaciones y la sistematización de experiencias ha enriquecido significativamente al modelo. En la actualidad, su campo de aplicación se ha ampliado, rebasando el marco de las adicciones a una variedad de campos de situaciones de sufrimiento social como personas con V.I.H., menores infractores, menores en situación de calle, indígenas migrantes, etc. (Machín, 2007).

El modelo ECO-2 es producto de organizaciones civiles. El Equipo EFAD (Fundación Escuela Nacional de Estudios y Formación en Abordaje de Adicciones y Situaciones

Criticas asociadas), que es por decirlo, centro de formación y desarrollo del modelo ECO-2 comenzó a desarrollarse en el año 2004.

El principal impacto hasta ahora alcanzado ha sido el encaminar procesos de participación en minorías activas y su respaldo empírico en diversos contextos es aún una tarea inacabada. Esto también es un asunto paradigmático, pues en general, se aborda el fenómeno en el orden de las representaciones sociales.

El modelo ECO- 2 ha logrado avances importantes en el ámbito de organización social, gracias a lo cual se han elaborado convenios de cooperación entre países latinoamericanos, asesorías integrales hacia organizaciones sociales (2006-2007) y organización de redes regionales y locales.

### **Modelo prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo**

En la población laboral mexicana se detectó un patrón de consumo de alcohol explosivo (CONADIC, 2003) ello motivó la adaptación del programa en población mexicana a través de una empresa textil en un área semirural del estado de Hidalgo (CONADIC, 2003). Con la intervención se logró el establecimiento de niveles de consumo de menor riesgo, promoviéndose el no consumo y el consumo moderado de bebidas alcohólicas.

El desarrollo de la prueba rápida del AUDIT, permitió contar con un instrumento breve (tres preguntas) que auxilia al trabajador a identificar con la metáfora del semáforo límites de consumo de menor riesgo para hombres y mujeres.

Asimismo, se desarrollaron materiales de apoyo en español para facilitar la instrumentación del modelo a las empresas mexicanas (CONADIC, 2003). Sin embargo, existe la necesidad de ampliar su cobertura. Su disseminación en el contexto laboral, requiere necesariamente de prácticas sistematizadas, el elaborar materiales preventivos e instrumentos de diagnóstico, son herramientas metodológicas no suficientes, pues tanto la intervención como la evaluación cobran valor con la práctica en escenarios específicos de la realidad mexicana.

### **Modelo “Yo quiero, Yo puedo”**

Se ha probado su instrumentación y efectividad en ambientes urbanos y rurales de varios estados de la república mexicana con el apoyo de agencias y fundaciones nacionales e internacionales (Givaudan, 2007). Recientes evaluaciones por el IMIFAP (2007) han demostrado un aumento significativo de habilidades y conductas en autoconocimiento, frecuencia de interacciones entre niños y niñas, habilidades para tomar decisiones, intenciones de usar condón, responsabilidad, comunicación entre

adolescentes y adultos sobre sexualidad y prevención de uso de sustancias tóxicas. Se han realizado autoevaluaciones por medio de un grupo control y un grupo experimental sobre la aplicación del programa a nivel primaria en dos ciudades con características diferentes: Tizayuca, Hidalgo y Guadalajara, Jalisco, encontrándose cambios significativos en el desarrollo de habilidades en docentes, niños y niñas de ambos Estados.

Los resultados muestran que los materiales del programa han favoreciendo en los participantes la adquisición de habilidades y conocimientos relacionados con el uso de sustancias y cuando se combina su utilización con capacitación a los docentes, se incrementan las variables objetivo.

El Modelo se ha autoevaluado en 10 escuelas colombianas de nivel primaria, demostrando su posibilidad de replicación a partir de las recomendaciones del proyecto piloto (IMIPAF y MENTOR, 2007).

### **Modelo Chimalli**

Desde 1989 a 1995 Chimalli ha operado en escuelas de educación media con prácticas preventivas de tipo grupal en el aula. Consecutivamente, de 1999 a 2005 amplió su experiencia a primarias y comunidades abiertas. La sistematización continua de sus aplicaciones ha legitimado al modelo.

**Tabla 11. Desarrollo del modelo Chimalli**

<b>PERIODO</b>	<b>ESCENARIO</b>	<b>MÉTODO</b>
1989-1995	Escuelas Secundarias, Preparatorias, Escuelas de Bachillerato	Trabajo vivencial en el aula.
1995-1998	Padres y Maestros de instituciones educativas (Secundarias y Bachilleratos)	Prácticas psicocorporales en grupo
1999-2000	Escuelas Primarias (en conjunto con el DIF y apoyo de la UNICEF)	Planes de acción
2000-2005	Comunidades abiertas	Sistemas de transferencia tecnológica Formación de promotores

Chimalli ha tenido un impacto significativo en escuelas e instituciones del Sector Salud y comunidades rurales y/o urbanas de varios estados de la república mexicana como: el Distrito Federal, Cd. Juárez, San Luís Potosí, Mexicali, Tijuana, Acapulco Guerrero, León Guanajuato, Zacatecas, Guadalajara Jalisco.

De esta manera, Castro y Llanes (2007) refieren la constancia de “Ocho estudios de evaluación (1999-2005); los resultados de 155 planes de acción en escuelas y comunidades marginadas de 10 estados de la república, evaluados en alguna de las fases la evaluación eficaz; testimonios dos o cuatro años después de la intervención; análisis de bitácoras de promotores; mediciones en los participantes antes y después

del plan de acción, así como en comunidades intervenidas y comunidades no intervenidas, contribuyen con evidencias para afirmar que se ha avanzado, de hacer una prevención con bases artesanales a una prevención que transfiere la tecnología adecuada a los promotores: profesionales de la conducta, orientadores sociales, maestros, padres de familia o jóvenes, es decir, cualquier ciudadano interesado en diseñar una estrategia para la prevención de riesgos psicosociales de su comunidad” (p. 2).

Castro y Llanes (2007) señalan que “el impacto de la intervención es duradero sobre todo en lo que toca a la práctica personal de habilidades para la vida, no así en la organización de la vida comunitaria. Así lo indica el análisis de testimonios de personas que participaron en planes de acción hace dos o cuatro años” (p. 4). Este es un dato importante, ya que el cambio en la estructura comunitaria podría afianzar y mantener redes de protección que confirmen un impacto significativo.

También se han reportado cambios en las prevalencias del consumo de drogas observados en un periodo de cuatro años en comunidades estudiantiles intervenidas del Colegio de Bachilleres en el Distrito Federal (Iztacalco, Cuajimalpa, El Rosario, Iztapalapa, Aeropuerto y Tláhuac) donde se aplicaron todos los componentes del modelo (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2006).

Tanto en el modelo “yo quiero, yo puedo” como en el modelo Chimalli el nivel de impacto coincide con los fines de una intervención psicosocial cuyo curso se orienta hacia los ambientes más próximos del individuo (familia, grupo de pares, vecinos) (Pastor y López, 1993) es decir, uno de sus fines y al mismo tiempo, límites de actuación se circunscribe en el contexto inmediato de las personas, dejando en segundo término el contexto sociocultural, económico y político que forma parte, indudablemente, de la estructura básica de una comunidad, esta última característica es considerada con mayor énfasis en el modelo ECO- 2 y a nuestro entender este es un alcance muy importante en prevención aunque ciertamente, requiere un mayor nivel de movilización y por ende, un tiempo considerable para sensibilizar, concientizar y empoderar a los participantes. En México por cierto, es común observar desconfianza y apatía en las comunidades y ello no es una condición *per se* y para problematizarlo se requiere una lectura histórica de la participación social en nuestro país.

## **Análisis global**

Exponer características metodológicas de los cuatro modelos es con la idea de reconocer diferentes formas de pensar y hacer prevención. En particular, en cada modelo se observa una ideología detrás su discurso y práctica. De manera particular, han problematizado la realidad social que rodea el consumo de drogas y otros problemas sociales asociados lo que sugiere un conocimiento y entendimiento diferenciado de esta problemática. En sus intervenciones se percibe una capacidad de respuesta en la comunidad. Aunque también se reconoce que la búsqueda o construcción de espacios de participación social ha ido cambiando y no es la misma que hace algunos años. Los profesionales de la prevención deben estar concientes de ello. La comprensión del nuevo orden social no solo es necesaria para plantearse objetivos y estrategias preventivas. En principio sirve para plantear objetivos realistas en materia de prevención.

El impacto de la prevención en una sociedad como la mexicana puede entenderse de varias formas. Castro, Llanes y Margain (2007) con oportunidad señalan la hegemonía del enfoque médico para establecer cánones de evaluación de los programas preventivos y como es que se suele validar (por error metodológico), que la disminución significativa de las prevalencias de conductas de riesgo (o en otras palabras, que la población consumió o no consumió drogas por efecto de la intervención realizada) es uno de los indicadores principales para medir el impacto de las acciones de prevención, aclarando que dichas tendencias son más bien influidas por la política pública en sí y no directamente por los resultados arrojados de la aplicación de programas preventivos. Con ello se deduce que las políticas públicas en materia de prevención no han tenido un impacto significativo en las comunidades, en donde se observa claramente que la inseguridad, las conductas antisociales y el consumo de sustancias siguen en aumento. Por tanto, la evaluación de la prevención debe basarse en la comparación de aquellos grupos de comunidades intervenidas y no intervenidas.

La dinámica económica influye sin duda en las intenciones de la política social diseñada desde el Estado. Las políticas sociales se cristalizan a través de las instituciones y éstas se encargan de diseñar y operar programas para atender los problemas sociales y de salud. La participación de la comunidad se da con o sin los especialistas en prevención. La comunidad se organiza por que los recursos que el Estado debiese darle para protegerse no están disponibles, no llegan a la gente. La comunidad y sus prácticas no son suficientes para influir de manera primordial en la toma de decisiones sino la situación económica del país (y su correspondiente política económica) que presenta una gran aceleración y al mismo tiempo, un gradiente estancamiento. Existe un avance en lo económico en determinados sectores pero a costa de un deterioro sustancial en el sector social. El consumo de drogas, la



inseguridad, la violencia, la desconfianza, el miedo, la corrupción y un estado constante de inseguridad en todos los ámbitos son problemas que reflejan la tensión entre las esferas económica, política y social.

No existe una voluntad política para hacer llegar a la población los recursos necesarios para protegerse y tampoco parece existir una estructura administrativa eficaz que los articule. La realidad es que el gobierno federal encausa sus acciones de manera no conjunta, equitativa y continuada con la sociedad civil. La política social no corresponde al diagnóstico de los problemas sociales, por el contrario, ésta se establece en cada sexenio gubernamental basada en otros intereses y no tanto en información científica y/o en aquella vertida por la propia comunidad. Si no se articulan la información arrojada por la investigación y las intervenciones basadas en principios científicos con la política pública ésta última difícilmente se movilizará y no se logrará un impacto en las comunidades. Es preciso entonces, observar las necesidades de la población y pensar en formas de influencia desde ésta.

Otra necesidad es el articular los programas más allá de lo sexenal para no limitar los avances en materia de prevención. Todos estos puntos no pueden dejarse fuera del análisis de los modelos de prevención, su evaluación también depende de la situación en que se encuentra el contexto social, económico y político donde operan.

Tomar conciencia del divorcio entre los marcos jurídicos y las intenciones políticas. Las expectativas pueden ser bajas cuando se percibe una falta de intencionalidad con miras a impactar el consumo por medio de acciones preventivas, aunque en la NOM-028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones se han registrado intenciones y deberes, en la práctica, no se observa un acuerdo sobre si las acciones concretas de prevención han impactado efectivamente a las comunidades.

Priorizar la articulación de programas de prevención, tratamiento y reducción del daño puede impactar favorablemente a la política pública. El vincular datos provenientes de la investigación y la intervención con la sociedad civil y el gobierno es un trabajo que debe ser iniciado por la ciencia. El generar más prácticas en los niveles de prevención selectiva e indicada (que bien se traslapan con algunas modalidades de tratamiento, específicamente ésta última ) son niveles de intervención en donde hay que concentrar mayores esfuerzos, esto por la misma dificultad de abordaje que presentan determinadas poblaciones objetivo, por ejemplo, en el consumo experimental de ciertas sustancias, sobre todo aquellas que son consideradas como drogas duras es relativamente difícil captar poblaciones, que se denominan como ocultas. Son los factores socioculturales y las condiciones de vulnerabilidad incluso los que impiden la captación de dichos casos.

El transmitir información es efectivo siempre y cuando se articule con la conducta. Baltasar (2007) nos señala que “la realidad social es construida por las redes interpersonales, las mismas que emplean a la política desde sus escenarios conversacionales privados para después llevarla al plano público. En este sentido, las culturas políticas de una urbe como la Ciudad de México son construcciones diversas, las cuales se reproducen en los esquemas de comportamiento de cada individuo, es decir, en su vida cotidiana como realidad social directamente vivenciada” (p.112). Esta observación alerta sobre la urgencia de especificar las respuestas sociales influidas por la política pública. La aplicación de programas preventivos que optimizan recursos propios de las comunidades influye en las acciones de las redes en constante rearticulación, aunque ello en el caso de la política pública es todavía limitado.

Desde el ámbito profesional pueden aportarse herramientas para que la comunidad potencialice sus propios recursos. La participación no es problema si la comunidad se encuentra motivada, tiene confianza y toma conciencia de su papel en la construcción de soluciones; ello puede favorecer procesos de toma decisiones.

La ciencia de la prevención se enfrenta ante la necesidad de generar alternativas de organización científica como la promoción de nuevos esquemas de evaluación (que no sólo se centren en las prevalencias del consumo) y el dar seguimiento a los planes de acción basados en la evaluación de los propios sujetos de intervención y no solo por entes externos (Castro, Llanes y Margain, M, 2007).

El reconocer factores macro sociales como la lógica del mercado y el fracaso de la política de guerra contra las drogas dan cuenta de la complejidad de las adicciones y del desarrollo urgente de modelos de intervención que respondan a la propia realidad mexicana.

Aunque los modelos exponen experiencias exitosas documentadas aun se percibe que la dimensión de las soluciones es infinitamente inferior a la dimensión de las adicciones (Sánchez, 2006). Enfrentan el reto de ampliar su cobertura y generar mayor especificidad e impacto en sus intervenciones. Su desarrollo ha sido producto de experiencias de estudios piloto que indican validez en determinados contextos como ambientes urbanos y poblaciones marginadas. Se requiere mayor sustentabilidad y sistematización en las prácticas preventivas para la producción de nuevos cuerpos teóricos derivados precisamente de modelos sustentables.

El siguiente apartado trata sobre la Formulación de Programas de Intervención durante el periodo de formación de la Maestría en Psicología de las Adicciones, donde se tuvo la posibilidad de atender a la población a nivel preventivo, utilizando el Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales Chimalli en dos tipos de poblaciones: Comunidad abierta y estudiantes de nivel secundaria.

# Formulación de Programas de Prevención

## Capítulo

## 5



# Aplicación del Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales Chimalli en una Comunidad de la Delegación Coyoacán, D.F.

## RESUMEN

En una comunidad de nivel socioeconómico bajo perteneciente a la Delegación Coyoacán del D.F. se aplicó el modelo de prevención de riesgos psicosociales Chimalli. La intervención comprendió la formación de una red de voluntarios que promovió hacia sí misma y a la comunidad el desarrollo de habilidades de protección. Las habilidades se desarrollaron en tres áreas: eventos negativos de vida, estilo de vida, consumo de drogas y conducta antisocial, subdivididas a su vez en 6 áreas: drogas, sexualidad, salud, actos antisociales, eventos negativos de la vida y consumismo. Las áreas de mayor puntaje después de la intervención fueron Sexualidad (pretest=10 postest=14), Salud (pretest=12 postest=16) y Actos antisociales (pretest=18 postest=22). El mayor impacto del programa en la red se reporta en las áreas de: participación (puntaje= 31), reflexión (puntaje=30), información (puntaje=29), desarrollo humano (puntaje=25) y cambio de actitudes (puntaje=23). Los resultados señalan la necesidad de incrementar la colaboración de diversos actores de una comunidad y de lograr una evaluación de los efectos de la intervención a largo plazo para obtener una estimación del impacto social del programa de prevención de riesgos psicosociales en la comunidad.

**Palabras clave:** Habilidades de protección, prevención, consumo de drogas, comunidad.

## ANTECEDENTES

La comunidad es un escenario físico y simbólico (García y López, 1997). La idea de prevenir y educar a la población es justificada por la necesidad de sobrevivir y de obtener una seguridad que proteja la propia existencia. Desde la literatura preventiva se han encontrado diversos estudios (Friedman y Bransfield, 1995; Castro, 1992; Milian, Gálvez y Alcorta, 2005; Osorio, Ortega de Medina, y Pillón, 2004) sobre los factores de riesgo, que aportan un conocimiento específico en esta área a partir de investigaciones epidemiológicas y de estudios relacionados (Elshikh, Fahmy, Samy y Fouad, 2004) particularmente con el consumo de drogas, señalando la interactividad de diversos factores.

Otros estudios apoyan dicha interactividad por ejemplo, Sánchez, Guisa, Ortiz, y De León (2002) señalan que el abuso de alcohol constituye un factor de riesgo para la aparición de violencia intrafamiliar del hombre hacia la mujer. Otros más (Natera, Mora y Tiburcio, 1996) señalan una alta incidencia de al menos un acto de violencia relacionado con el consumo de alcohol y drogas en las familias de usuarios.

Castro (1990) con base en un estudio establece 3 áreas específicas que relacionan la presencia de indicadores de riesgo y factores asociados: consumo de drogas, la conducta antisocial (ver tabla 1), eventos negativos de la vida (ver tabla 2) y estilo de vida (ver tabla 3).

**Tabla 1. Consumo de drogas y conducta antisocial**

<b>Indicador</b>	<b>Factores asociados</b>
1.- Subcultura adolescente	Consumo de tabaco, alcohol y marihuana.
2.- Subcultura de la droga	Consumo de sedantes, cocaína, heroína, alucinógenos, o de otras drogas, forzar cerraduras o vender drogas.
3.- Subcultura delictiva	Tomar un auto sin permiso del dueño, golpear o herir a personas, forzar cerraduras, vender drogas, tomar parte en riñas.
4.- Drogas médicas	Consumo de anfetaminas, tranquilizantes o sedantes.
5.- Cocaína	Consumo de cocaína
6.- Inhalantes y actos antisociales	Consumo de inhalantes, robos menores o robos mayores.
7.- Disponibilidad de drogas	Consumo de drogas en la familia, amigos y vender marihuana.
8.- Drogas no especificadas	Consumo de alguna otra droga
9.- Pandillerismo	Tomar un auto sin permiso del dueño, golpear o dañar a alguien.
10.- Contacto con consumidores	Consumo de drogas entre amigos y familiares

Los eventos negativos de la vida son acontecimientos vitales inevitables (Elshikh, Fahmy, Samy y Fouad, 2004). Sus Indicadores de acuerdo con Castro (1990) son: sexualidad negativa, dificultades interpersonales, dificultades con drogas como experiencias desagradables con el consumo, rompimiento afectivo y cambios escolares o de casa.

**Tabla 2. Eventos negativos de la vida**

<b>Indicador</b>	<b>Factores asociados</b>
11.- Sexualidad negativa	Embarazo, aborto, experiencia sexual negativa
12.- Dificultades interpersonales	Dificultades con los maestros y con los amigos
13.- Dificultades con drogas	Experiencias desagradables con alcohol y drogas, repetir el ciclo escolar.
14.- Cambios escolares y de casa	Cambio de escuela o de casa
15.- Rompimiento afectivo	Rompimiento de noviazgo y con amigos íntimos
16.- Dificultades con la familia	Dificultades con los padres y con los hermanos.

El estilo de vida en la sociedad actual implica una inactividad física importante y al mismo tiempo, un excesivo estrés; el consumo compulsivo de productos, y la práctica de relaciones violentas se presenta en todos los niveles (Fromm, 1998). La disminución del valor de la salud se debe a una contradicción entre los comportamientos propuestos por la cultura actual como el manejo de la sexualidad, el fomento del placer, la adopción de estereotipos y los roles entre los sexos y las desigualdades socioeconómicas.

**Tabla 3. Estilo de vida**

<b>Indicador</b>	<b>Factores asociados</b>
17.- Sexualidad activa	Relaciones sexuales, no usar anticonceptivos y tener varias parejas sexuales.
18.- Enfermedades comunes	Aparatos respiratorio y digestivo, piel
19.- Inicio de vida sexual	Motivos para no usar anticonceptivos, edad de inicio de la vida sexual.
20.- Comida Chatarra	Tipo de alimentación
21.- Salud	No. de visitas al médico, frecuencia de una enfermedad.
22.- Tiempo libre	Juegos por computadora, número de noches recreativas y/o ocasiones de consumo.
23.- Enfermedades de transmisión sexual	Padecer sida y/o otras enfermedades venéreas
24.-Embarazo precoz	Información sexual, consumo de anticonceptivos
25.- Relaciones afectivas	Relaciones con familiares, amigos o novios
26.- Trabajo del menor	Si tiene o no patrón, destino del dinero, número de horas

La presencia e interacción de factores e indicadores de riesgo entre las tres áreas pueden determinar un nivel de vulnerabilidad en las comunidades. La ciencia, la sociedad civil y la comunidad tienen el interés de promover prácticas que impliquen protección. Un interés particular de la ciencia es generar modelos conductuales factibles y atractivos hacia las poblaciones objetivo.

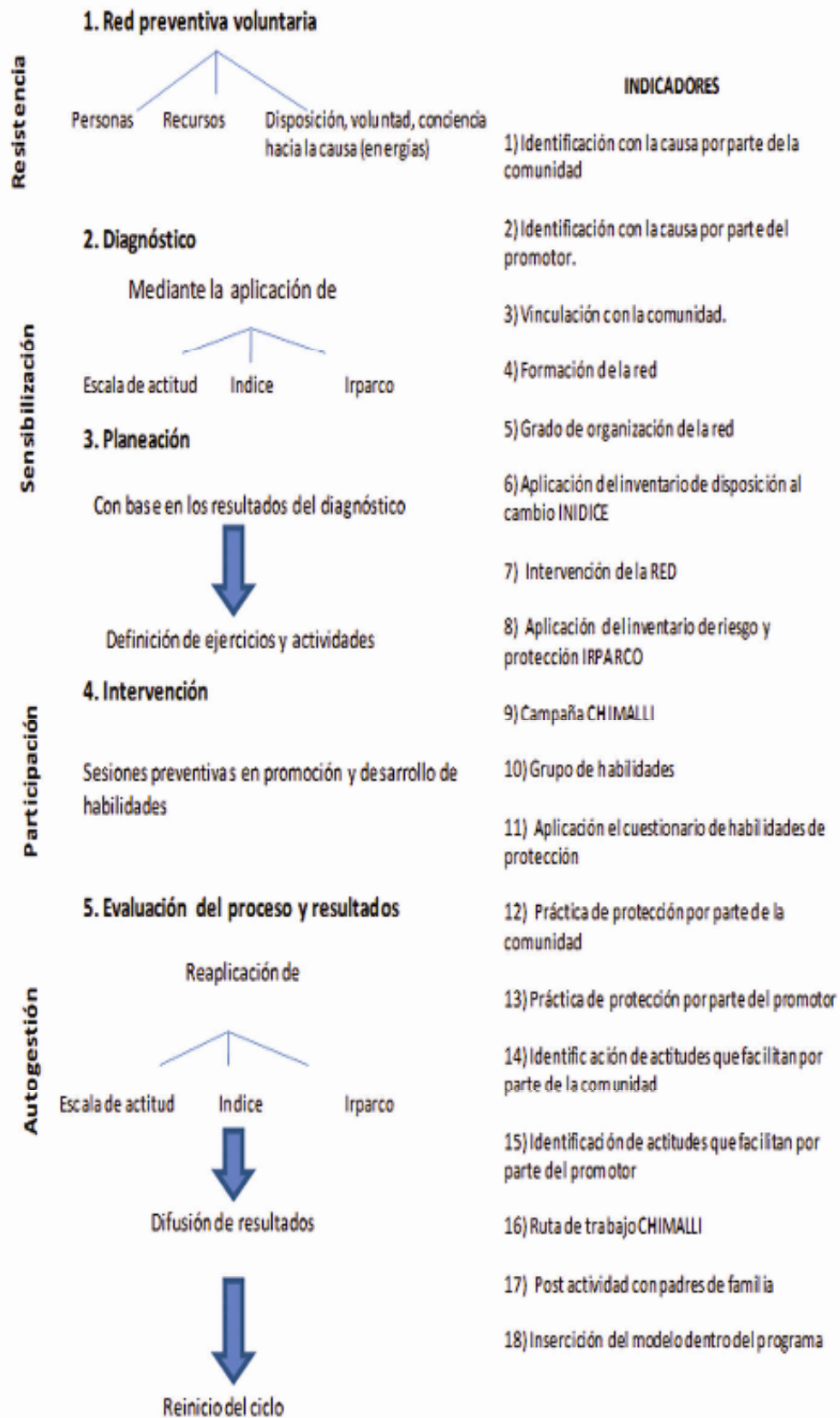
La implementación de programas de prevención basados en principios científicos es una de las medidas que mayor efectividad demuestra en la adquisición y desarrollo de nuevas conductas (Grossman, 1994).

Prevenir las adicciones a partir de un modelo de prevención psicosocial es congruente con el enfoque de factores de riesgo y protección, la comunidad es el escenario natural donde estos interactúan, contribuyendo a la aparición de trastornos psicosociales, pero también es el lugar donde viven agentes capaces de participar de manera activa en su prevención (Castro, 1992).

El marco teórico-metodológico que se propone es el modelo de prevención Chimalli (Instituto de Educación Preventiva y Atención a Riesgos, A.C.). Propuesta probada en México para la atención de riesgos psicosociales, entre ellos, el consumo de drogas. Busca comprometer a la propia comunidad en la práctica de soluciones. Su base teórica metodológica se basa en una tecnología de planes de acción (ver figura1).

El adiestramiento de 26 habilidades de protección (ver tablas 1, 2 y 3) es la base de la intervención. Cuando se trata de aprender dichas habilidades, debe existir necesariamente un entrenamiento de las mismas (García y López, 1997) y no únicamente la transmisión de información sobre factores de riesgo y protección, para ello el modelo emplea conocimientos teóricos (resiliencia, enfoque de riesgo/protección, modelo ecológico, proactivo, dirigidos al desarrollo integral de los individuos para crear ambientes protegidos (Llanes, Castro y Margain, 2001).

# Animación social



**Figura 1.** Metodología del modelo Chimalli. Fuente: Portal de transferencia tecnológica del Modelo Chimalli.



En este sentido, los objetivos de esta intervención preventiva fueron:

- 1 Conformar una red comunitaria que permita el desarrollo de un plan de acción que promueva la prevención de riesgos psicosociales.
- 2 Desarrollar y evaluar habilidades de protección en los participantes.

## MÉTODO

### *Participantes*

12 participantes en la conformación de 1 red de prevención de riesgos psicosociales durante 2 ciclos preventivos.

2 grupos (10 participantes en promedio en cada sesión por ciclo preventivo).

### *Instrumentos*

**Cédula Índice (Inventario de disposición al cambio) (Llanes, Castro y Margain, 2001):** Mide el nivel de disposición al cambio en miembros de la comunidad en relación a cuatro actitudes básicas: resistencia, sensibilización, participación, autogestión en 5 rubros que canalizan el esfuerzo preventivo: plan de acción, información, acciones, conocimientos y recursos. Su aplicación es grupal y se lleva a cabo antes y después de la intervención.

**Cédula Iparco (Inventario de riesgo/protección para la comunidad) (Llanes, Castro y Margain, 2001):** Permite el diagnóstico de factores de riesgo y de protección psicosociales en la comunidad. Busca conocer como percibe la red la presencia o la ausencia de los factores. Define las habilidades de protección que guiaran el ciclo preventivo. Contiene 26 preguntas que engloban 3 áreas: consumo de drogas, conducta antisocial y eventos negativos de la vida. Su aplicación es de manera grupal antes y después de la intervención.

**Cuestionario de Habilidades de Protección (CHP) (Llanes, Castro y Margain, 2001):** Instrumento que sintetiza las observaciones del promotor comunitario en cuanto al desarrollo de las habilidades de protección a nivel grupal. Consta de 2 reactivos de observación que corresponden a una habilidad de protección. (26 habilidades de protección) y se miden con una puntuación de 1 al 5 donde 1 significa el menor grado de habilidad y 5 el mas alto.

**Cédula Aboni Natabo (Markus y Salazar, 1993):** Mide impacto de la intervención preventiva en los participantes del plan Chimalli. Consta de 50 reactivos con 5 opciones en base a 8 factores: información, reflexión, participación, comunicación, organización, incidencia, cambio de actitudes y desarrollo humano. Cada factor incluye un apartado para la formulación de algún testimonio o experiencia. Su aplicación es individual.

### *Materiales*

**Manual del promotor:** Se detallan características y funciones del promotor y principios de conducción. Aporta información sobre el contenido y la dinámica de las sesiones preventivas y las prácticas semanales.

**Libro de estrategias de intervención:** Se describen una serie de indicaciones precisas para la conformación de la red y el contenido de las sesiones preventivas.

**Tareas semanales:** Permiten la práctica de habilidades de protección y aportan información clave para la retroalimentación periódica sobre su incorporación al estilo de vida de cada participante. Son una herramienta de seguimiento (semanal).

**Registro “hoy me di cuenta de...”:** se registran impresiones, testimonios, sugerencias al final de cada sesión preventiva.

**Sistema de transferencia tecnológica en línea:** Sistema en línea que permite el seguimiento del curso del plan de acción. Cada una de las actividades desde la convocatoria, la integración de la red, el diagnóstico, la programación del contenido del ciclo de actividades y la evaluación son registrados de forma cuantitativa y cualitativa.

### *Procedimiento*

La comunidad fue intervenida en un total de 32 semanas en función de 2 ciclos preventivos, compuesto cada uno, por un plan de acción que consistió en 4 pasos básicos:

#### **1) Integración de la red comunitaria y diagnóstico:**

El primer ciclo de prevención se desarrolló en un periodo de 3 meses y medio (abril, mayo, junio y parte de julio del 2007). Quien en un principio lo condujo fue la Lic. Marisol Gamboa, estudiante de la maestría en Psicología de las Adicciones, supervisada por la Maestra María Elena Castro Sariñana, tutora de la residencia.

Se contó con el apoyo del Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro de la Facultad de Psicología, UNAM para difundir el programa y elaborar materiales.

En un primer momento, se hizo un recorrido para conocer la comunidad físicamente, detectándose la existencia del Deportivo Huayamilpas, de la Casa de la Cultura Raúl Anguiano y de un gimnasio, ambos dentro del deportivo.

Se realizaron algunas entrevistas informales con los habitantes de los alrededores del deportivo Huayamilpas y con personas que trabajan para la comunidad. Conformar una red de prevención de riesgos psicosociales fue una labor que no se dio de inmediato.

Se obtuvo un contacto con autoridades de la escuela secundaria 288 ubicada en la 3ra. Cerrada de Huayamilpas s/n en la colonia Nueva Díaz Ordaz, a un costado del Deportivo Huayamilpas. En una reunión con autoridades y maestros se presentó el programa Chimalli. Los asistentes manifestaron la existencia de problemas tales como malos entendidos entre autoridades y maestros, violencia entre alumnos, falta de comunicación con los padres y consumo de drogas en la comunidad.

La comunidad escolar reconoció la necesidad de generar un proceso participativo con autoridades, maestros, alumnos y padres de familia. Un acuerdo al que se llegó fue proporcionar una hora de clase a la semana para que los alumnos que así lo decidieran participaran en el programa Chimalli.

Se aplicaron los instrumentos de diagnóstico Índice e Irparco a autoridades, maestros y padres de familia sin embargo, su participación para iniciar un ciclo preventivo no fue posible. Algunos padres y maestros expresaron tener poco tiempo para participar. Por lo que, se optó por salir a campo (alrededores del deportivo Huayamilpas).

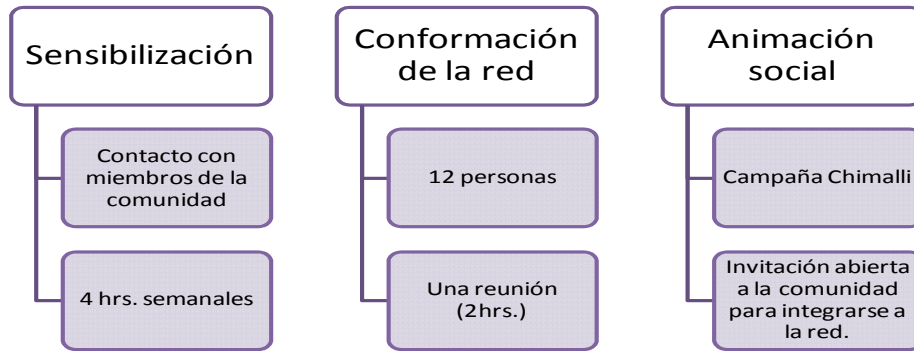
Se realizaron entrevistas directas a gente de la comunidad, guiadas por los instrumentos de diagnóstico, preguntándoles sobre su percepción de problemas sociales en su colonia como inseguridad, drogadicción, manejo de sexualidad en los jóvenes y violencia intrafamiliar. De esta forma, se obtuvo una estimación general de los problemas psicosociales que les afectaban y se conformó el diagnóstico psicosocial (ver tabla 4).

**Tabla 4. Diagnóstico Irparco 1er. Ciclo**

Área	Indicador	Habilidad
Consumo de drogas y conducta antisocial	Subcultura de la droga	Meditación activa
	Subcultura delictiva	Abrirse a nuevos aprendizajes
	Consumo de anfetaminas, tranquilizantes o sedantes	Unificar pensamientos y acciones
Estilo de vida	Consumo de drogas en la familia y amigos y vender marihuana	Tomar decisiones de protección
	Relaciones sexuales, no usar anticonceptivos, tener varias parejas sexuales	Establecimiento de relaciones sexuales sanas
	Relaciones con familiares, amigos o novios	Establecimiento de relaciones afectivas
Eventos negativos de la vida	Dificultades con los maestros y con los amigos	Habilidades de comunicación
	Cambio de escuela y de casa	Estabilidad interna
	Rompimiento de noviazgo y con amigos íntimos	Asumir una pérdida
	Dificultades con los padres y con los hermanos	Negociación con la familia

Se gestionó un espacio dentro del deportivo Huayamilpas que diera lugar a un ciclo preventivo y se invitó directamente a los entrevistados para participar en él.

Se realizó una campaña con el fin de difundir los resultados del diagnóstico psicosocial realizado por los participantes de la secundaria 288 y otros miembros de la comunidad. Finalmente se reunieron 12 personas a quienes se les explicaron los objetivos de la intervención y la necesidad de conformar una red que permitiera el desarrollo de un ciclo preventivo (ver figura 2 y anexo C1).



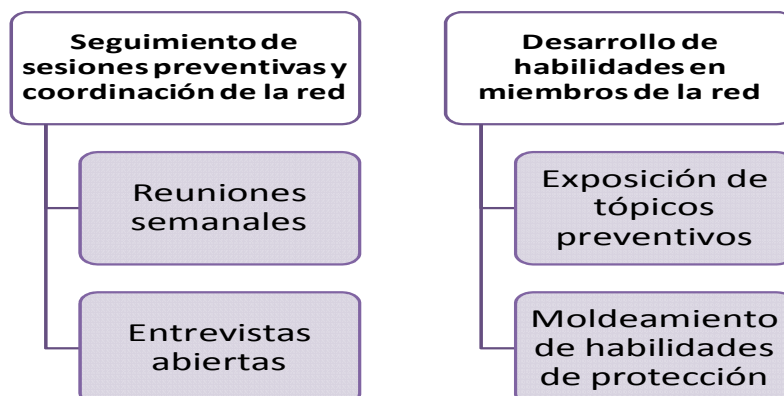
**Figura 2.** Dos procesos paralelos para la conformación de la red: sensibilización y animación social

6 personas acudieron a la mayoría las sesiones, desarrollando habilidades de protección con ellos mismos y con sus familias, otras acudían de manera esporádica ó para satisfacer alguna necesidad inmediata de información.

## 2) Programación del contenido del ciclo de habilidades

Fueron calendarizadas 10 sesiones preventivas, impartidas durante 2 meses y medio (mayo, junio y parte de julio). La duración de cada sesión fue de 120 minutos, aunque dependiendo de la naturaleza del tópico preventivo y la participación de los asistentes, una sesión pudo durar hasta 30 minutos más. Sesiones como “negociar con la familia” y “mejorar mis habilidades de comunicación” requirieron una sesión adicional (ver anexo C1).

En cada sesión preventiva se expusieron las razones y los fundamentos de la habilidad preventiva, aportando información sobre el tópico de prevención, llevando a cabo una práctica concientizadora y moldeando la habilidad (ver figura 3). Al finalizar la sesión se registraron comentarios a través del formato “hoy me dí cuenta que...” (ver anexo A1).



**Figura 3.** Tareas de las sesiones preventivas

Por medio del Cuestionario de Habilidades de Protección se registró el avance de cada habilidad preventiva a nivel grupal.

Se retroalimentó a 6 de los participantes más comprometidos, que practicaban las habilidades con ellos mismos y con sus familias.

### 3) Evaluación

Al final de la intervención se volvieron a aplicar los instrumentos de diagnóstico para detectar cambios en la percepción de aquellos factores que aún los participantes consideraba de alto riesgo (ver anexo C1).

Se reconoció la colaboración de personas constantes en cuanto asistencia y desarrollo de habilidades con la finalidad de que éstas pudieran formar una red e iniciar un nuevo ciclo.

Fueron comentadas anécdotas, testimonios sobre lo aprendido durante las sesiones.

### 4) Difusión de logros y avance al nuevo ciclo

Fueron expuestos por parte de la promotora comunitaria los resultados de la post-evaluación. Se mostraron fotografías de las sesiones.

Se expuso una síntesis de las habilidades de protección que caracterizaron al primer ciclo y se indicaron aquellas que corresponderían a un 2º ciclo.

Fue importante, incluir en su impartición a los participantes que tuvieran el entusiasmo y la iniciativa de promover habilidades de protección a partir de la promoción comunitaria. El 2º ciclo, se caracterizó por la participación activa de la red.

### Descripción del 2º ciclo de prevención

#### 1) Integración de la red comunitaria y diagnóstico:

La red fue conformada por 12 personas 6 de ellos, asistentes de las sesiones del primer ciclo y 6 personas más que voluntariamente decidieron participar en el plan de acción.

Uno de los nuevos integrantes de la red se encargó de gestionar un espacio físico dentro de la Casa de la Cultura Raúl Anguiano, dentro del Deportivo Huayamilpas para desarrollar el 2º ciclo.

La red eligió 10 indicadores de alto riesgo observados en su comunidad y se definieron las habilidades de protección (diagnóstico final del primer ciclo) para iniciar un segundo ciclo preventivo (ver tabla 5).

**Tabla 5. Diagnóstico Irparco 2º ciclo**

Área	Indicador	Habilidad
	Consumo de cocaína	Controlar la tensión con la respiración
Consumo de drogas y conducta antisocial	Consumo de drogas en la familia y amigos y vender marihuana	Tomar decisiones de protección
	Consumo de drogas entre amigos y familiares	Ayudar a un compañero adicto
	Embarazo, aborto, experiencia	Conocer el cuerpo del hombre y de la mujer

	sexual negativa	
Eventos negativos de la vida	Dificultades con los maestros y con los amigos	Ser capaz de tener relaciones y comunicación significativa
	Rompimiento de noviazgo y con amigos íntimos	Asumir una pérdida
	Dificultades con los padres y con los hermanos	Negociar con la familia
	Motivos para no usar anticonceptivos, edad de inicio de la vida sexual.	Cómo iniciar una vida sexual protegida
Estilo de vida	Tipo de alimentación	Cómo cuidar la alimentación
	Relaciones con familiares y amigos	Establecimiento de relaciones de afecto

## 2) Programación del contenido del ciclo de habilidades:

Se agendaron 10 sesiones preventivas (agosto, septiembre y octubre).

Al inició fueron entregados el contenido y la estructura de cada sesión preventiva a los participantes que voluntariamente fungieron como promotores. Se hizo énfasis en las pautas de intervención: información, concientización y moldeamiento de la habilidad (ver anexo C2).

La red se organizó en la difusión de las sesiones preventivas y actividades del nuevo ciclo preventivo por medio de carteles e invitaciones abiertas a vecinos y conocidos.

2 promotores integrantes de la red fungieron como observadores del desarrollo grupal, utilizando al principio y al final de la intervención el Cuestionario de Habilidades de Protección Grupal (ver anexo B1 y B2).

La promotora comunitaria quien dirigió el 1er. ciclo preventivo tuvo en el 2º ciclo, un papel de acompañamiento y retroalimentación, contribuyendo principalmente en la animación social y en el asesoramiento sobre la conducción de la red.

Se registraron los testimonios de cada participante con el fin de dar seguimiento a sus habilidades (ver anexo A2).

Se realizaron 3 sesiones adicionales para concretar acciones hacia la comunidad cómo un periódico mural, prácticas semanales y presentación de resultados (ver anexo C2).

## 3) Evaluación

La evaluación del 2º ciclo se hizo en función de la aplicación de los instrumentos de diagnóstico psicosocial (Irrarco e Índice), el Cuestionario de Habilidades de protección grupal antes y después de la intervención y el cuestionario Aboni Natabo que evalúa impacto del programa en la comunidad.

## 4) Difusión de logros y avance al nuevo ciclo

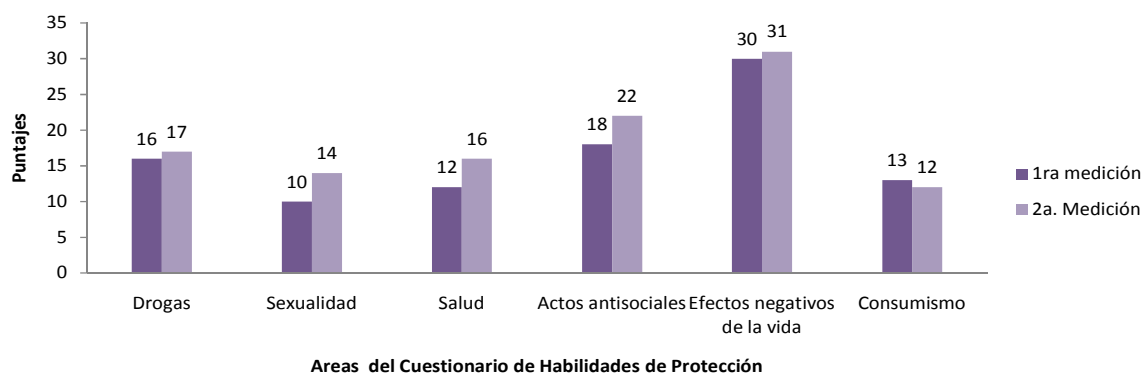
El nuevo ciclo quedó conformado por las siguientes habilidades preventivas:

**Tabla 6. Diagnóstico Irparco 3er. Ciclo**

Área	Indicador	Habilidad
Consumo de drogas y conducta antisocial	Subcultura de la droga	Meditación activa
	Consumo de drogas en la familia y amigos y vender marihuana	Tomar decisiones de protección
Eventos negativos de la vida	Rompimiento de noviazgo y con amigos íntimos	Asumir una pérdida
	Dificultades con los padres y con los hermanos	Negociar con la familia
	Aparatos respiratorio y digestivo, piel	Cómo detectar y atender enfermedades
Estilo de vida	Tipo de alimentación	Cómo cuidar la alimentación
	Sida y/u otras enfermedades de transmisión sexual	Tener una sexualidad sana
	Información sexual, uso de anticonceptivos	Detectar necesidades sexuales y afectivas
	Relaciones con familiares, amigos o novios.	Establecimiento de relaciones de afecto
	Si tiene o no patrón, destino del dinero, número de horas.	Gestiones administrativas y negociaciones relacionadas con el dinero y el trabajo

## RESULTADOS

Fueron impartidas en la comunidad un total de 20 habilidades de protección siguiendo los lineamientos del modelo Chimalli. Los hallazgos indican que la aplicación del modelo de prevención contribuyó al desarrollo de habilidades de protección en tres áreas: eventos negativos de vida, estilo de vida y consumo de drogas y conducta antisocial (ver anexo B1 y anexo B2). Las áreas que reportaron más cambios fueron: sexualidad, salud y actos antisociales (ver figura 4).



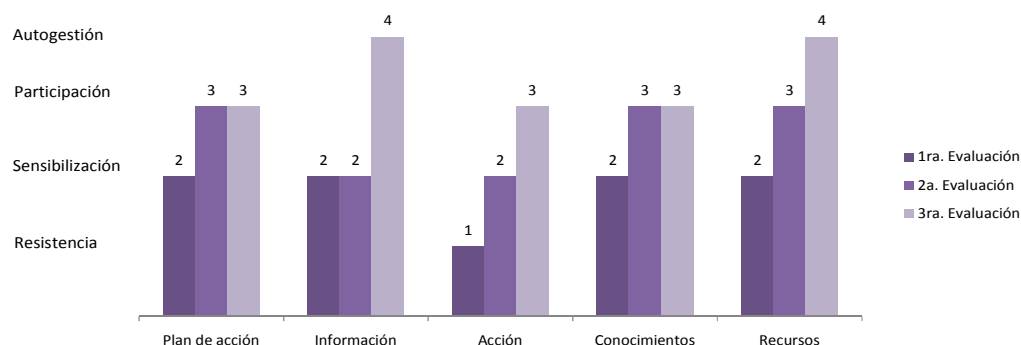
**Figura 4.** Puntajes del Cuestionario de Habilidades de protección grupal

\* Estos resultados corresponden a la evaluación del 2º ciclo preventivo.

De acuerdo al diagnóstico psicosocial de los 2 ciclos preventivos las habilidades que parece requieren una mayor atención son: “tomar decisiones de protección”, “asumir

una pérdida”, “negociación con la familia” y “establecimiento de relaciones de afecto”. Se observa una variación de las habilidades de protección impartidas desde el inicio de la intervención hasta el término del 2º ciclo, mientras que en el 1ro. se promovió con mayor énfasis las habilidades relacionadas con el consumo de drogas, conducta antisocial y eventos negativos de la vida, al final del 2º ciclo, predominan habilidades relacionadas con el estilo de vida.

El nivel de disposición al cambio en la red se incrementó en todas sus áreas, (ver figura 5) pero de manera significativa en tres: 1) **acción**, que de un nivel de resistencia aumentó a un nivel participativo, 2) **recursos**, que de un nivel de sensibilización aumentó a un nivel autogestivo y 3) **información**, que de un nivel de sensibilización aumentó a un nivel autogestivo.



**Figura 5.** Nivel de disposición al cambio

\*La primera evaluación se hizo al principio del 1er. ciclo preventivo, la segunda al final del 1er. ciclo e inicio del 2º y la 3ra. evaluación corresponde al final del 2º ciclo.

La evaluación global del programa antes de iniciar el primer ciclo y hasta concluir el 2º ciclo señalan un mayor impacto en las áreas: participación (puntuación 31), reflexión (puntuación 30), información (puntuación 29), desarrollo humano (puntuación 25) y en menor medida, transformación de actitudes (puntuación 23) (ver figura 6). Áreas relacionadas directamente con la participación individual de los miembros de la red en los grupos.



**Figura 6.** Áreas de impacto del programa Chimalli en la red

En contraste, las áreas que reportan menor impacto son incidencia (puntuación 16), organización (puntuación 23) y comunicación (puntuación 22) (ver figura 6). Áreas relacionadas directamente con la participación colectiva de la red y el grupo (ver anexo D para conocer los testimonios o experiencias de la red sobre las 6 áreas de impacto).



## DISCUSIÓN

La presente intervención amplía la literatura previa de experiencias comunitarias que han utilizado el modelo Chimalli, demostrando que la formación de una red puede ser un dispositivo que dinamiza el potencial de cambio de personas motivadas para protegerse frente a los riesgos psicosociales y que ello ha determinado plazo, implique un mejoramiento en su estilo de vida. Sin embargo, una intervención preventiva debe ir más allá de los cambios en actitudes y desarrollo de habilidades de protección.

El cambio requiere un impacto no solo a nivel individual sino también a nivel social. Si la intervención pretende ser efectiva en el cambio de una conducta de riesgo individual también deberá ser efectiva en el contexto social que rodea dicha conducta de riesgo.

El impacto a largo plazo de un programa de prevención como Chimalli que incluye entre sus componentes la conducta de consumo de sustancias se puede observar en indicadores como: reducción de índices de consumo de sustancias entre la población de la comunidad y/o cambios específicos en patrones conductuales (dirigidos más hacia la protección que hacia el riesgo).

No es sencillo determinar si el impacto observado en la comunidad se debe en su mayoría al programa de prevención aplicado o a otras variables. Es solo por medio del monitoreo y las evaluaciones periódicas que puede conocerse el impacto de un programa en la comunidad (Pick y Poortinga, 2005).

Castro (2007) ha encontrado que la aplicación del modelo Chimalli en comunidades marginadas en donde los cambios en la percepción de riesgo no alcanzan significancia estadística se debe en parte a la ausencia o escaso énfasis del componente comunitario en los planes de acción, resultando así una modificación de actitudes, no de prevalencias ni de percepción de riesgo. Sin embargo, añade que aunque un componente comunitario no genere cambios en las prevalencias pero si en la percepción de impacto por parte de la red y en la autoevaluación de los promotores, se logra un empoderamiento e impacto significativos.

El empoderamiento es un elemento que va a permitir la resolución de los problemas comunitarios (Sánchez, 1996). Esta intervención se focalizó en el desarrollo de habilidades de protección y en la promotoría desempeñada por los miembros de la red desde un enfoque basado en las fortalezas de las personas, la utilización de recursos comunitarios disponibles, tras el objetivo principal de transferir empoderamiento. Al respecto, se informó y entrenó a personas para adquirir poder y utilizarlo a favor de su comunidad, no solo para ellos mismos.

Los resultados señalan un impacto significativo en cuanto a cambio de actitudes, en desarrollo de humano y en habilidades para la vida pero no en percepción de riesgo e incidencia del programa en la comunidad.

La colaboración de las organizaciones, instituciones y personas que conforman una comunidad es indispensable para tener éxito en un programa de prevención.

La comunicación y organización entre los miembros de la red hizo posible una mejor utilización de los recursos de la comunidad y la continuación con ahora un tercer ciclo preventivo aunque no logró un involucramiento suficiente de otros actores sociales como: proveedores de servicios sociales y de salud, líderes de la comunidad, etc.

A lo cual, se concluye que, el empoderamiento de una comunidad (no solo de una red, pues ésta es un medio en sí) implica un proceso de aprendizaje que conlleva desde este modelo la aplicación de varios ciclos preventivos, donde los seguimientos son fundamentales en su evaluación. Una cuestión que surge al respecto es saber cuántos ciclos se requieren para lograr un empoderamiento que capacite a la comunidad para impulsar por sí misma (logrando la autosuficiencia) una protección frente a sus riesgos psicosociales específicos.

Por otro lado, si bien no hubo un impacto significativo en áreas que generan empoderamiento comunitario esto pudiese deberse a que en el campo de la prevención es de esperarse que los indicadores de cambio por un programa sean efectuados bastante tiempo después de la implantación de estos. Al respecto, Scoppetta (2006) nos señala que una evaluación hecha cuando el programa está en funcionamiento o terminado recientemente puede mostrar impactos que no se sostendrán o no serán los esperados. Grossman (1994) sugiere dejar pasar entre 12 y 18 meses para poder evaluar adecuadamente los efectos de las intervenciones.

Un hallazgo destacado es que la aplicación del programa en la red tuvo un impacto favorable al concientizar sobre los riesgos psicosociales y activar la participación de personas que no contaban con antecedentes de promotoría comunitaria.

Por otro lado, es difícil prevenir el uso de sustancias con la sola aplicación de programas de prevención de adicciones o con esfuerzos reducidos a este campo pues la adicción viene acompañada en la totalidad de los casos de otros fenómenos, en comunidades con bajos recursos, se acompaña por ejemplo, de pobreza, violencia, maltrato, Inseguridad, etc., de ahí que sean necesarias las intervenciones que involucren a todos los miembros de la comunidad: familia, organizaciones civiles, populares, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, grupos, líderes, los afectados mismos. La estrategia debe ser integral por la misma naturaleza del problema, el programa aplicado representa una estrategia integral, amplia, que aborda a los riesgos psicosociales en conjunto y el consumo de drogas es un área que engloba indicadores que a su vez se relacionan con factores psicosociales de otras áreas.

Las comunidades, la ciencia, su aplicación, los programas y las políticas pueden fortalecerse al apoyarse y retroalimentarse las unas a las otras (Pick, 2005). El establecimiento de políticas y metas de prevención al igual que las estrategias para alcanzarlo habrá de ser una de las primeras fases de toda actividad comunitaria. (Becoña, Rodríguez y Salazar, 1995). Resultaría conveniente responder a sí en realidad, las intenciones de la actual política pública en materia de salud coinciden con las intenciones de los programas de prevención que están operando en el país, pues algo fundamental es que tanto políticas públicas como métodos utilizados en prevención sean compatibles con la realidad sanitaria, sociocultural, económica de la comunidad donde se apliquen las acciones de prevención.

## REFERENCIAS

- Becoña, E., Salazar, I. y Rodríguez, A. (1995). *Prevención en drogodependencias desde una visión crítica*. Universidad de Santiago Compostela.
- Castro, M.E. (1990) Indicadores de riesgo para un consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar. *Salud Pública México*, 32, 398-308.
- Castro, M.E. y Llanes, J. (2007). Sistemas de transferencia tecnológica en prevención de riesgos psicosociales: ¿Adiós a la prevención artesanal?. Extraído el 15 de agosto del 2007 desde <http://liberaddictus.org/Pdf/0926-95.pdf>
- Elshikh, H., Fahmy, E., Samy, V. & Fouad, H. (2004). Acontecimientos Vitales y adicción: Una revisión de la bibliografía. *Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.)*. Vol. 18, no.3, 162-170. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1579699X200400030004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579699X200400030004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1579-699X.
- Friedman, A. & Bransfield, S. (1995). Early Childhood risk and protective for substance use during early adolescence: Gender differences. *Journal of Child and adolescence substance*, 4, 1-23.
- Froom, E. (1998). *¿Tener o ser?* México: Fondo de cultura económica.
- Grossman, J. (1994). Evaluating Social Policies. Principles and US. Experience. *The World Bank Res Obs*. 9, 159-180
- Llanes J., Castro M. E. y Margain M. (2001). *Protección de la comunidad ante adicciones y violencia Estrategias de Intervención*. México: Editorial Pax.
- Milian, Y., Gálvez, E. y Alcorta, C. (2005). Factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas. *Rev. Cubana Med Gen Integr. Sep.-dic.*, Vol.21, no.5-6 [citado 03 Diciembre 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252005000500013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000500013&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.
- Natera,G., Mora, J. y Tiburcio, M. (1996). *Adicciones y violencia familiar en México*. Centro Universitario para la familia. Universidad Autónoma de Tlaxcala. 93-107.
- Pick, S. y Poortinga, Y. (2005). Marco conceptual y estrategias para el diseño e instrumentación de programas para el desarrollo: Una visión científica, política y psicosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 37, No. 3, 445-459.
- Sánchez, A. (1996). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: Editado por la Universidad de Barcelona.
- Sánchez, R., Guisa, V.M., Ortiz, R.M. y De León. (2002). Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. *Revista Adicciones*, Vol. 4, No. 3, 371-379.
- Scoopeta, O. (2006). *Discusión sobre la evaluación del impacto de programas y proyectos sociales en salud pública*. Universidad de Psicología, Bogota Colombia. 5 (3), 695-703.



# Aplicación del Modelo Chimalli Escolar en estudiantes de Nivel Secundaria de la Delegación Coyoacan, D.F.

## RESUMEN

En una comunidad escolar (nivel secundaria) perteneciente a la Delegación Coyoacan del D.F. se aplicó el modelo de prevención de riesgos psicosociales Chimalli. La intervención comprendió la impartición de Mensajes de protección en adolescentes de 1º y 2º año. Se hizo una medición de actitud hacia mensajes protectores del modelo Chimalli en los 2 grupos. En base a un diagnóstico, fueron impartidas 10 lecciones y ejercicios enfocados al desarrollo de actitudes de protección en los adolescentes. Se realizó una segunda medición de actitudes, una vez concluida la intervención. Al comparar ambas mediciones se encontró que el 50% incrementó sus actitudes de protección y el 50% obtuvo la misma puntuación total. En el análisis por áreas se observó un incremento estadísticamente significativo en las actitudes de protección en drogas, sexualidad y eventos negativos de la vida, así como en la puntuación total.

**Palabras clave:** Escala de actitud, prevención, riesgos psicosociales, comunidad escolar.

## Antecedentes

Los estudiantes desde un nivel básico hasta un nivel superior han experimentado niveles de riesgo acumulado expresados en coeficientes de riesgo que van desde el .12 hasta el .45 dependiendo del nivel educativo y la localidad entre los que se encuentran factores escolares relacionados con el promedio escolar bajo, y los años de escolaridad perdidos, mismo que son algunos de los factores de riesgo que pueden predecir significativamente el consumo de sustancias (Dirección General de Servicios de Salud Pública del D.F. y Instituto de Educación Preventiva y de Atención a Riesgos, AC., 2005).

Un estudio realizado con adolescentes mexicanos con el objetivo de conocer las etapas de adquisición al uso de alcohol en aquellos que pertenecen a bandas juveniles encontró que la etapa de adquisición del consumo de alcohol de los adolescentes fue la etapa de mantenimiento y que la relación de amigos con conductas problemáticas mostraba un efecto significativo en la adquisición del uso de alcohol (Guzmán y Castillo, 2005).

Otro estudio sobre el comportamiento antisocial y el consumo de sustancias psicoactivas en escolares adolescentes de Lima Perú encontró que la mayoría de las sustancias psicoactivas constituye un factor de riesgo elevado para la conducta antisocial de vandalismo, agresión, robo y conducta contra las normas (Rojas, 2005).

Siendo esto coincidente con otros estudios que reportan al consumo de drogas ilegales como un factor que incide altamente en conductas disruptivas (Fernández, Hernández y Ramírez, 2005).

Un estudio reciente en población adolescente mexicana (Anaya, Arillo, Sánchez y Lazcano, 2006) encontró que el bajo rendimiento escolar tienen un exceso de riesgo en la continuación del tabaquismo, independientemente de otras co variables. El bajo rendimiento escolar se encuentra en aquellos sujetos con síntomas depresivos que presentaban un exceso de persistencia en el tabaquismo.

La mayoría de las investigaciones centradas en el estudio de los distintos factores predictores del consumo de sustancias dan relevancia especial a los factores cognitivos y especialmente a las actitudes (Best y Garmezy, 1990; Fawcett, Lewis, Andrews, Vincent, Richter, Williams y Copple, 1997; Miovsky, Miovska, Rehan y Trapkova, 2007; Kumate, 2002; Pick, Poortinga y Givaudan, 2003; Masten, Best, y Garmezy, 1990). Un factor cognitivo que ha sido estudiado es la percepción de riesgo.

Aunque la percepción de riesgo es un factor que afecta poco la decisión del adolescente por experimentar el consumo de drogas, aquellos que consideran peligroso su uso tienen una posibilidad menor de consumir (Medina-Mora, Villatoro y Cravioto, 2002).

Los programas de prevención de adicciones intentan apoyar aquellas actitudes que lleven a los jóvenes a tomar decisiones de protección en cuanto al consumo de drogas.

Estudios recientes en prevención de riesgos psicosociales señalan que al integrar el desarrollo de habilidades y de conocimientos se puede prevenir el abuso de sustancias en escuelas de nivel de escuela secundaria (Eisen, Zellman y Murray, 2003 citado por Pick, 2005).

La prevención de las comunidades estudiantiles tiene una enorme relevancia en los momentos de desarrollo en los cuales los adolescentes se afirman y/o adquieren pautas de relación y desarrollo de oportunidades entre los sexos que pueden llegar a perdurar durante toda la vida (Castro, Margain y Llanes, 2005). Es por esto que, la escuela no debe ser ajena ni dejar de lado la satisfacción de las necesidades que tienen los jóvenes de información y apoyo acerca de sus riesgos (González y Yedra, 2006).

Ortega (2006) sugiere que un ambiente escolar estimulante, cálido y seguro, es la base para impulsar la mejora académica, pero también para prevenir la violencia y combatir las adicciones.

Un factor protector que poseen los jóvenes es darse cuenta de los recursos que tienen para no consumir drogas. Ejemplo de factores de protección son: los estudios, la escuela y el deporte. (González y Yedra, 2006).

El modelo Chimalli constituye una alternativa práctica para padres, maestros, promotores juveniles, promotores comunitarios al partir de la necesidad de intervenir planificadamente sobre los riesgos.

La intervención preventiva consiste en la detección precoz de los problemas y el mejoramiento del estilo de vida cotidiano donde se desarrollan los jóvenes, promoviendo el cambio de actitudes y el factor resiliencia.

El modelo incorpora situaciones a las que se enfrentan los jóvenes y propone distintas formas de protección. La educación preventiva es un eje fundamental en la prevención tanto del uso de drogas, alcohol y tabaco, como de la violencia, los accidentes y trastornos de la sexualidad. Sus objetivos centrales son:

- a) Educar a los jóvenes en el desarrollo de actitudes de protección frente a sustancias tóxicas disponibles en su medio ambiente.
- b) Habilitar a los jóvenes en el desarrollo de una actitud de reflexión que los proteja de la influencia negativa de la mayoría de los mensajes enviados cotidianamente por los medios masivos de comunicación, los cuales los empujan de forma constante hacia un estilo de vida consumista y a la búsqueda de satisfacciones inmediatas.
- c) Transmitir a los jóvenes valores humanos básicos que guíen su vida sexual.
- d) Enseñar a los jóvenes a enfrentar eventos negativos de la vida como divorcio de los padres, reprobación escolar, depresión, cambio de amigos, casa y pérdida e relaciones significativas.
- e) Transmitir la importancia de una conducta interpersonal basada en la solidaridad y el respeto al grupo, como una alternativa a la conducta antisocial.
- f) Educar a los jóvenes dentro de hábitos y estilos de vida que protejan y promuevan la salud
- g) Incrementar en las comunidades escolares el factor de resiliencia para que sus integrantes puedan enfrentar la disponibilidad para consumir drogas, la violencia, la ausencia de alternativas de tiempo libre, etc.

El camino sugerido para cumplir con los objetivos corresponde al plan de acción Chimalli: “instrumento técnico-metodológico y administrativo que garantiza que el esfuerzo de prevención sea producto de una intervención científica, capaz de ser comunicada, reproducida, evaluada y en su caso, modificada” (Castro, Llanes y Margain, 2003, p. 8). Esto es, al intervenir una comunidad escolar se comprende la organización de actividades en base a objetivos preventivos concretos a partir de la realidad local de intervención.

Para las comunidades escolares (adolescentes de entre los 13 y 15 años de edad) el plan de acción consta de 93 lecciones con ejercicios vivenciales agrupados en seis áreas de protección: estado general de salud, sexualidad, consumo y abuso de drogas, consumismo, vida en sociedad y eventos negativos de la vida. Las actitudes promovidas dentro de cada una de estas áreas se describen en la siguiente tabla:

**Tabla 1. Actitudes de protección promovidas en el modelo Chimalli Escolar**

---

<b>Estado general de salud</b>	1. Auto cuidado del cuerpo
	2. Alimentación sana
	3. Ejercicio y estado emocional equilibrado
<hr/>	
<b>Sexualidad</b>	4. Hablar de sexualidad en la familia
	5. Compartir emociones con otros
	6. Identificar impulsos
	7. Cuidarse del embarazo
<b>Consumo y abuso de drogas</b>	8. Cuidarse de enfermedades sexuales
	9. Adquirir conciencia de consecuencias del consumo y abuso de drogas, alcohol y tabaco
	10. Protegerse de las consecuencias negativas del abuso de sustancias entre amigos(as) y familia
	11. Disfrutar sin droga
	12. Estar consciente de los problemas legales asociados al consumo de sustancias
<b>Consumismo</b>	13. Tomar conciencia de consecuencias negativas que imponen un estilo de vida consumista
	14. Reflexionar sobre los mensajes de los medios masivos de comunicación
	15. Manejar el enojo
<b>Vida en sociedad</b>	16. Aprender a pedir ayuda frente a abusos de los adultos
	17. Pensar antes de actuar
	18. Controlar las emociones
	19. Establecer normas a favor de la protección
<b>Eventos negativos de la vida</b>	20. Tomar conciencia de las ventajas inherentes al cambio
	21. Patrones de comunicación en la familia y la escuela
	22. Aprender a comunicar emociones
	23. Manejar la depresión

---

## **MÉTODO**

### *Participantes*

Se trabajó con dos grupos de 10 estudiantes adolescentes de primer y segundo año del turno matutino con edades de entre los 12 y 13 años respectivamente (5 varones y 5 adolescentes mujeres del grupo de primer año y 7 varones y 3 mujeres adolescentes del grupo de 2º año).



## *Escenario*

La intervención se realizó en una escuela secundaria pública perteneciente a la delegación Coyoacán de la Ciudad de México, ubicada en una zona de nivel socioeconómico bajo, por un periodo de 15 semanas.

## *Instrumentos*

**Escala de actitudes (Castro, Llanes, y Margain, 2003):** Escala normativa, 42 reactivos con respuesta dicotómica 1 y 0. Contenido: Pensamientos, sentimientos, conductas o eventos frecuentes en la vida de los jóvenes. 6 áreas: Sexualidad, salud, drogas, actos antisociales, consumismo y eventos negativos de la vida. Fue aplicado en 300 grupos de 51 escuelas primarias mexicanas 2001, mostrando una confiabilidad test-retest de .9774 y una validez en la que todos sus reactivos fueron significativos al .000.

## *Procedimiento*

### **1) Sensibilización hacia la comunidad escolar**

Se tuvo una entrevista con las autoridades escolares con la finalidad de exponer el Modelo Chimalli. Días después se logró una reunión con miembros de la comunidad escolar para proponerles una forma de trabajo conjunta: alumnos y maestros a través de un plan de acción Chimalli. En esa reunión fueron expuestos los objetivos de la intervención: “generar un proceso participativo que contribuyera a promoción de un ambiente protegido en el ámbito escolar”. Se propuso entonces, aplicar el modelo de prevención y la necesidad del apoyo de cada maestro y autoridad para que el proyecto se desarrollase.

Los maestros en esa reunión sugirieron participar en coordinación con los alumnos y permitir que incluso, se cedieran algunas clases para trabajar las habilidades de protección. Asimismo, propusieron hacer extensivos los talleres de prevención a los padres de familia de la secundaria.

Posteriormente, se invitó a los alumnos de 1º y 2º año a participar de manera voluntaria en el programa de prevención, refiriéndoles el día y el horario de las sesiones preventivas. Se lograron conformar 2 grupos de 10 alumnos, uno de primer año y otro de 2º año.

### **2) Programación de la intervención**

El desarrollo de la intervención se llevó a cabo en 2 fases designadas de la siguiente manera.

#### **1) Fase del Diagnóstico (medición de actitudes)**

Se aplicó a los alumnos una escala de actitudes con preguntas de opción múltiple para valorar sus actitudes con respecto a 6 áreas: Sexualidad, salud, drogas, actos antisociales, consumismo y eventos negativos de la vida. Se elaboró una hoja de diseño del plan de acción preventivo para determinar las sesiones preventivas, de las cuales se consideraron únicamente 10 indicadores de alto riesgo para cada grupo de

adolescentes. De esta manera fueron seleccionados las lecciones, los ejercicios y los mensajes protectores de acuerdo a cada subárea de riesgo. A cada adolescente participante se le entregó una copia del plan de acción para que consultase las sesiones preventivas y su contenido.

## **2) Fase de entrenamiento de habilidades de protección.**

En cada sesión se impartieron una lección y la aplicación de un ejercicio, todo ello en concordancia con las áreas de mayor riesgo sugeridas por el diagnóstico global de cada grupo de adolescentes. Al finalizar cada sesión se hacía énfasis en un mensaje protector.

Las sesiones preventivas se llevaron una vez por semana y tuvieron una duración de una hora y media. En su desarrollo se generaron ideas sobre cómo protegerse en situaciones propias de la vida de los estudiantes tales como: solucionar dificultades con padres, autoridades y amigos, autoestima, consumo de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, entre otras, en este sentido, se animó a la participación y a la integración grupal e inclusive se llegaron a resolver conflictos entre ellos por medio del empleo de técnicas de comunicación.

Se realizaron actividades como elaboración de carteles, que comunicaban mensajes de protección, así como la aplicación de técnicas como solución de problemas y juego de roles que facilitaron el desarrollo de las sesiones preventivas (ver anexo C).

## **3) Fase de evaluación de resultados**

Al concluir la intervención preventiva se aplicó nuevamente la escala de actitudes (postest) para observar si hubo o no diferencias después de la intervención. Para ello se llenó una hoja de evaluación final que mostró los puntajes de las seis áreas del programa preventivo antes y después de la intervención. Asimismo, fueron sistematizadas frases expresadas por los adolescentes sobre como evaluaron el programa, esto en la última sesión preventiva.

Para el tratamiento estadístico de la información se utilizaron porcentajes, promedios y una prueba T.

# **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos de la escala de actitudes, aplicado para determinar las actitudes en los estudiantes de 1º y 2º años hacia los mensajes protectores propuestos por el modelo Chimalli, muestran para cada grupo un diagnóstico inicial (ver tablas 2 y 3). Fueron transmitidos 10 mensajes protectores (uno por semana) a cada grupo de intervención.

**Tabla 2. Diagnóstico (grupo de 1er año)**

Fecha de sesión	Actividades (lecciones y ejercicios)	Objetivo (Mensajes protectores)
17/abril/07	Lección 2: <b>Servicios médicos</b>	El médico es un experto en problemas del cuerpo. Visitarlo es importante. Evita la automedicación.
24/ abril/ 07	Lección 4: <b>Alimentación sana</b> Ejercicio 4: <b>“Comer lo que nutre”</b>	Una alimentación sana te llena de alegría y, parece mentira, pero la energía te da alegría.
2/ mayo/07	Lección 9: <b>Dietas, dietas y mas dietas</b>	Los productos comerciales que supuestamente te ayudan a bajar de peso no son recomendables. Antes de tomar alguna decisión respecto a tu peso, consulta a tu médico.
9/mayo/07	Lección 18: <b>Cómo enfrentar nuestra sexualidad</b> Ejercicio 18: <b>“Amor contra atracción”</b>	Cuando se inician nuestras relaciones con el sexo opuesto, diferenciar entre la emoción intensa y el amor, así como aprender que tenemos derecho a nuestra intimidad es algo muy importante.
16/mayo/07	Lección 21: <b>Abuso sexual</b> Ejercicio 21: <b>“¿Por qué me incomodan algunos?”</b>	Cuando una persona nos manipula sexualmente y nos obliga a hacer algo que no nos gusta, debemos rechazarla aunque se trate de una persona que conocemos desde hace muchos años y por la que sentimos afecto. Sino tenemos fuerza para rechazarla y pone un fin a la situación, debemos pedir ayuda.
23/mayo/07	Lección 35: <b>¿y si fuera yo?</b> Ejercicio 35: <b>“¿y si soy alcohólico?”</b>	Cuando un compañero ya ha caído en el exceso, es muy difícil que salga de ese problema por sí solo. Seamos solidarios con nuestro amigo y acompañémoslo a pedir ayuda.
30/mayo/07	Lección 55: <b>Problemas con el sueño</b> Ejercicio 55: <b>“Sueños sin ensueños”</b>	La depresión y las preocupaciones nos llevan en ocasiones a abusar del sueño y esto también es una forma de consumismo. ¡Despierta, movilízate para encontrar una solución!.
6/junio/07	Lección 60: <b>Cuidado con la enajenación</b> Ejercicio 60: <b>“Hipnosis involuntaria”</b>	¿Haz oído hablar de la hipnosis involuntaria? Es una forma de adicción y eso sucede cuando pasamos horas frente a los juegos electrónicos
13/junio/07	Lección 66: <b>Golpear a una persona</b> Ejercicio 66: <b>“Golpe que duele al que lo da”</b>	Las sustancias tóxicas afectan al sistema nervioso y, por tanto, a nuestra conducta y emociones. Al probar sustancias tóxicas el autocontrol disminuye notablemente.
20/junio/07	Lección 74: <b>Fuertes dificultades con tus padres</b> Ejercicio 74: <b>“¿Otra vez sin salir?”</b>	Cuando alguien tan querido como nuestro padre o madre nos maltrata, la humillación y la culpa nos lastima. Si esto te sucede, pide ayuda a otros adultos.

**Tabla 3. Diagnostico (grupo 2º año)**

<b>Fecha de sesión</b>	<b>Actividades (lecciones y ejercicios)</b>	<b>Objetivo (Mensajes protectores)</b>
17/ abril/ 07	Lección 4: <b>Alimentación sana</b> Ejercicio 4: “ <b>Comer lo que nutre</b> ”	Una alimentación sana te llena de alegría y, parece mentira, pero la energía te da alegría.
24/ abril/ 07	Lección 5: <b>Para protegernos</b> Ejercicio 5: “ <b>Verduras y frutas a diario</b> ”	Desafortunadamente nuestro medio ambiente está contaminado; sin embargo, una alimentación sana nos protege de los riesgos de la contaminación.
2/ mayo/07	Lección 18: <b>Cómo enfrentar nuestra sexualidad</b> Ejercicio 18: “ <b>Amor contra atracción</b> ”	Cuando se inician nuestras relaciones con el sexo opuesto, diferenciar entre la emoción intensa y el amor, así como aprender que tenemos derecho a nuestra intimidad es algo muy importante.
9/mayo/07	Lección 21: <b>Abuso sexual</b> Ejercicio 21: “ <b>¿Por qué me incomodan algunos?</b> ”	Cuando una persona nos manipula sexualmente y nos obliga a hacer algo que no nos gusta, debemos rechazarla aunque se trate de una persona que conocemos desde hace muchos años y por la que sentimos afecto. Sino tenemos fuerza para rechazarla y pone un fin a la situación, debemos pedir ayuda.
16/mayo/07	Lección 35: <b>¿y si fuera yo?</b> Ejercicio 35:“ <b>¿y si soy alcohólico?</b> “	Cuando un compañero ya ha caído en el exceso, es muy difícil que salga de ese problema por sí solo. Seamos solidarios con nuestro amigo y acompañémoslo a pedir ayuda.
23/mayo/07	Lección 36: <b>Mitos</b> Ejercicio 36: “ <b>Sí es para tanto</b> ”	Los mensajes publicitarios acerca del alcohol falsean la realidad: Protégete y aprende a reflexionar sobre esos mensajes.
30/mayo/07	Lección 55: <b>Problemas con el sueño</b> Ejercicio 55: “ <b>Sueños sin ensueños</b> ”	La depresión y las preocupaciones nos llevan en ocasiones a abusar del sueño y esto también es una forma de consumismo. ¡Despierta, movilízate para encontrar una solución!
6/junio/07	Lección 60: <b>Cuidado con la enajenación</b> Ejercicio 60: “ <b>Hipnosis involuntaria</b> ”	¿Haz oído hablar de la hipnosis involuntaria? Es una forma de adicción y eso sucede cuando pasamos horas frente a los juegos electrónicos
13/junio/07	Lección 74: <b>Fuertes dificultades con tus padres, ¿cómo entenderlas?</b> Ejercicio 74: “ <b>¿Otra vez sin salir?</b> ”	Cuando alguien tan querido como nuestro padre o madre nos maltrata, la humillación y la culpa nos lastima. Si esto te sucede, pide ayuda a otros adultos.
20/junio/07	Lección 77: <b>Fuertes dificultades con tus amigos</b> Ejercicio: “ <b>No lo quiero ver ni en pintura</b> ”	Las dificultades con los amigos son muy dolorosas. Manifestarles tus pensamientos y sentimientos es un cambio que conduce a la solución.

Al concluir las 10 semanas de intervención se puntuaron los siguientes grados de avances con respecto a las actitudes en cada área de intervención (ver tablas 4 y 5).

**Tabla 4. Hoja de evaluación final del programa grupo 1er año**

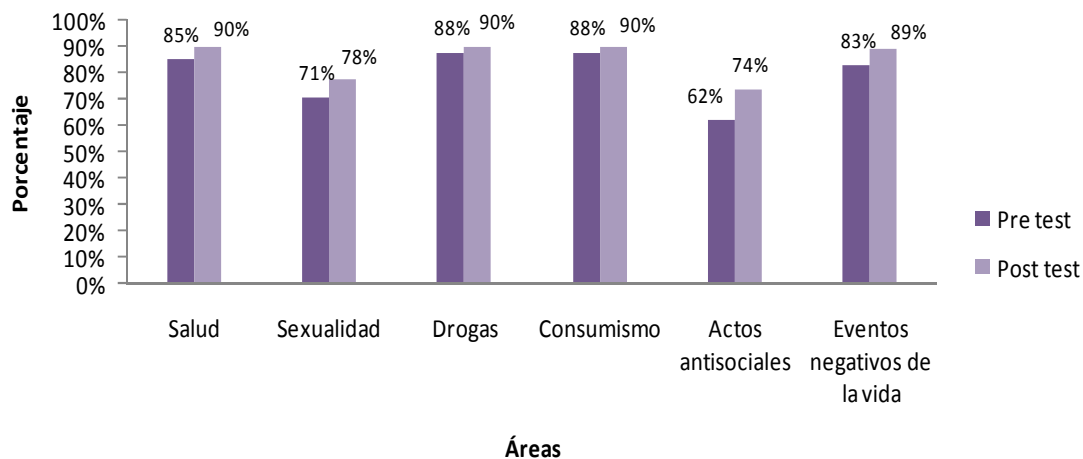
Áreas	Calificación inicio del programa	Calificación final del programa	Diferencia
Estado general de salud	5.1	5.4	+0.3
Sexualidad	4.3	4.7	+0.4
Drogas	6.2	6.3	+0.1
Consumismo	6.2	6.3	+0.1
Actos antisociales	3.1	3.7	+0.6
Eventos negativos de la vida	9.2	9.8	+0.6

Los adolescentes de primer año muestran un grado de avance mayor con respecto a sus actitudes en las áreas de actos antisociales y eventos negativos de la vida y en menor medida: sexualidad, salud, drogas y consumismo.

**Tabla 5. Hoja de evaluación final del programa grupo 2º año**

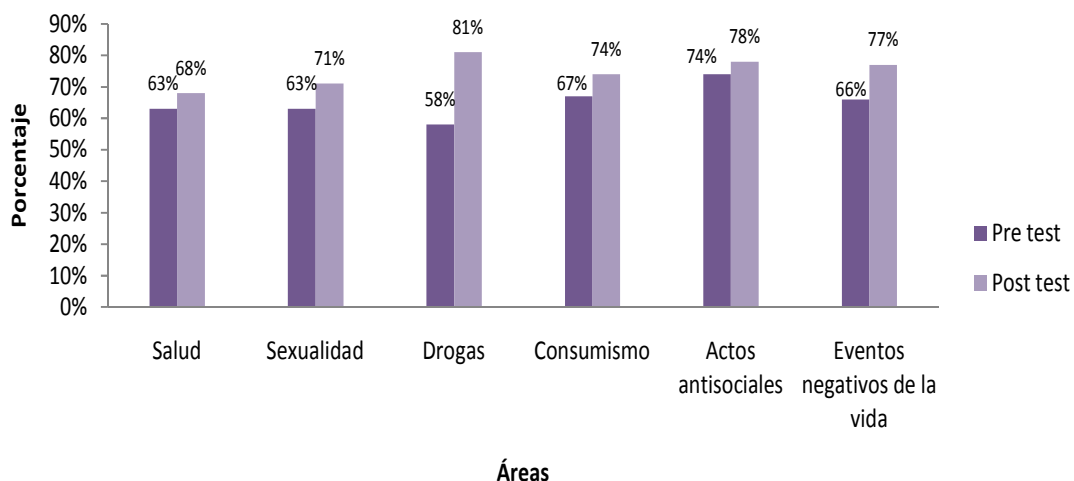
Áreas	Calificación inicio del programa	Calificación final del programa	Diferencia
Estado general de salud	3.8	4.1	+0.3
Sexualidad	3.8	4.3	+0.5
Drogas	4.1	5.7	+1.6
Consumismo	4.7	5.2	+0.5
Actos antisociales	3.7	3.9	+0.2
Eventos negativos de la vida	7.3	8.5	+1.2

Los adolescentes de segundo año muestran un grado de avance mayor con respecto a sus actitudes en las áreas de drogas, consumismo y eventos negativos de la vida. Estos resultados constituyen los mayores en ambos grupos. Los otros cambios en orden de importancia fueron en las áreas de sexualidad, consumismo, salud y actos antisociales.



**Figura 1.** Escala de actitud 1º año Comparación antes y después (%)

En general, los adolescentes de primer año reportan cambios de actitud en todas las áreas. El área que mayores cambios registró fue el de actos antisociales (de un 62% a un 74%) (ver figura 1).



**Figura 2.** Escala de actitud comparación antes y después (%)

En general, los adolescentes de 2º año reportan cambios de actitud en todas las áreas, siendo la de mayor puntaje el área de drogas (de un 58% a un 81%) y en menor medida el área de eventos negativos de la vida (de un 66% a un 77%) (ver figura 2).

**Tabla no. 6. Puntaciones globales (1º y 2º años) antes y después N=20**

Ejes	Drogas	Sexualidad	Consumismo	Actos antisociales	Salud	Eventos negativos	Total
Antes	6.45	3.70	5.45	3.40	4.45	7.40	30.85
Después	6.85	4.30	5.70	3.50	4.60	7.95	32.90
T *	-2.373	-2.449	-1.751	-1.453	-1.371	-3.240	-3.342
Sig. (bilateral)	.028	.024	.096	.163	.186	.004	.003

Al comparar los resultados globales de las actitudes de los estudiantes de primero y de segundo año en conjunto antes y después de la intervención se puede concluir que la intervención preventiva resultó ser efectiva. Dichas mediciones reportan cambios significativos en las actitudes de los grupos de secundaria, quienes aunque no reportan ningún incremento en las actitudes de riesgo, el 50% incrementó sus actitudes de protección y el 50% obtuvo la misma puntuación total.

En el análisis por áreas se observó un incremento estadísticamente significativo en las actitudes de protección en drogas (con un valor t de -2.373 y un nivel de significancia de .028,  $p \leq .05$ ); sexualidad (con un valor t de -2.449 y un nivel de significancia de .024,  $p \leq .05$ ) y eventos negativos de la vida (con un valor t de -3.240 y un nivel de significancia de .004,  $p \leq .05$ ) así como en la puntuación total (con un valor t de -3.342 y un nivel de significancia de .003,  $p \leq .05$  (ver tabla 6).

Finalmente, se presentan las frases vertidas por los adolescentes al final del programa que expresan el impacto que tuvo en ellos el contenido y ejercicio de las lecciones preventivas (ver tablas 7 y 8).

**Tabla 7 .Frases de evaluación final del programa. Adolescentes 1º año****“Yo aprendí a...”**

- 1.- Respetar a mis amigos y no ser agresivo.
- 2.- Conocer más a mi familia y la importancia de valorarla para estar unidos
- 3.- Todos los problemas tienen solución y sobre todo no pelearse con mi familia.
- 4.- Hacer carteles que ayuden a otros como yo
- 5.- Aprendí que hay momentos buenos y malos, reflexionarlos es volver a nacer
- 6.- Convivir con todos y ser responsable con uno mismo y con los demás
- 7.- Ser mas asertivo y no permitir que mis compañeros me rechacen
- 8.- Aprendí a conocer lo peligrosas que son las drogas
- 9.- Saber lo que me puede pasar sino cuido mi sexualidad
- 10.- Cuando tenga relaciones sexuales tengo que estar muy segura

**Tabla 8. Frases de evaluación final del programa. Adolescentes 2º año**

---

**“Yo aprendí a...”**

---

- 1.- Trabajar en equipo con nuestros compañeros y a reflexionar antes de actuar.
  - 2.- Aprendí a tolerar a la gente y comprenderla
  - 3.- Para actuar hay que saber las consecuencias que ello trae
  - 4.- Las sustancias como alcohol pueden hacernos mucho daño
  - 5.- Es bueno acudir al ginecólogo cuando tengamos dudas sobre la salud sexual
  - 6.- En la familia podemos hablar y arreglar nuestros problemas sin llegar a los golpes
  - 7.- No pelearme con mis amigos
  - 8.- Aunque mis papas se separaron yo estoy fuera de sus problemas
  - 9.- Recapacitar sobre mi conducta y arreglar de mejor manera los conflictos con mis maestros y compañeros
- 
- 10.- Evitar amistades que me lleven a consumir cigarro o alcohol
- 

## **DISCUSIÓN**

Los resultados presentados señalan la necesidad de implementar estrategias que conjunten la participación de todos los actores del medio escolar, incluyendo la comunidad: desde crear campañas de sensibilización y aplicar varios ciclos preventivos en los estudiantes, de ser posible, durante toda su estancia en la secundaria. Castro y Llanes (2000) señalan en un estudio sobre prácticas preventivas exitosas con estudiantes de secundaria la importancia de contar con el apoyo de la autoridad escolar para el desarrollo exitoso de un programa preventivo.

Lograr una intervención preventiva en este contexto escolar requirió por un lado, de la participación de autoridades, maestros y padres de familia. Resultó difícil conseguir el compromiso de los docentes con los objetivos del plan de acción Chimalli, esto afectó el impacto del programa en general. Además, se percibió también poco interés en los padres de familia para participar en el programa, participación a propósito, indispensable para la práctica de habilidades (semanales) de los adolescentes.

Uno de los objetivos fundamentales en un siguiente ciclo preventivo en esta comunidad sería el intensificar la animación de autoridades, padres y maestros para que estos participen en el abordaje de aspectos centrales del proceso preventivo como son la práctica de habilidades en los adolescentes tanto en el hogar como en la escuela.

Una continua labor de sensibilización es fundamental. Un método básico del modelo es conformar una red que permita la participación. El tiempo que requiere un proceso de sensibilización quizá sea relativo y dependa más bien de la animación social fundada en el interés de los actores y en las necesidades de la comunidad escolar.



En el contexto de intervención es no existían antecedentes de experiencias comunitarias bajo la perspectiva psicosocial. Esta experiencia se logró en un solo ciclo de intervención, lo cual nos dice que puede ser el inicio y no el final de un proceso preventivo.

Se concluye que los resultados fueron favorables solo en un sector de la población escolar: los estudiantes. En el caso de los maestros y de los padres de familia podría iniciarse una labor de sensibilización con la difusión de los resultados en el cambio de actitudes en los alumnos derivados de la aplicación del programa.

Una de las limitaciones encontradas en general, en las prácticas preventivas en escuelas es la resistencia de actores centrales como maestros y padres. Se concluye pues, la necesidad de recabar datos de aplicación del programa de prevención en forma continua que se conjunten con estrategias motivacionales.

La aplicación de ciclos preventivos debe dar continuidad a las acciones que muestren resultados progresivos a favor de un cambio positivo en el ambiente escolar.

Retroalimentar de manera inmediata a la práctica comunitaria es otra de las acciones que permite al programa ajustarse en función de las dificultades operativas presentadas durante su desarrollo. Los programas de prevención en estas poblaciones pueden resultar limitados sino existe una integración de autoridades, maestros y padres de familia.

En la actualidad dentro de los planes de desarrollo educativo local o federal, programas de desarrollo social como el de Coinversión Social (2006) que abordan temas como la formación cívica y ética, cuyos resultados indican que el impartir contenidos formativos sobre derechos sociales y ciudadanos es apropiado para el desarrollo social y personal de los alumnos.

El fomentar dentro de la currícula la importancia de desarrollar habilidades sociales y para la vida es también un tema que debe ser prioritario tanto en la educación formal como en la informal.

## REFERENCIAS

- Anaya, R., Arillo, E., Sánchez, L. y Lazcano, E. (2006). Bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia del tabaquismo en una cohorte de estudiantes en México. *Salud Pública Mex* 2006;48 supl 1:S17-S29.
- Castro, M.E., Llanes, J. y Margain, M. (2003). *Éntrale a las protecciones. Estrategias de intervención para la escuela secundaria*. Libro del conductor. Editorial Pax. México.
- Dirección General de Servicios de Salud Pública del D.F. (DGSSPDF), Instituto de Educación Preventiva y la Atención a Riesgos, AC. (INEPAR). (2005). *Cambios de actitudes en escolares de primaria de 52 escuelas*. Resultados de las aplicaciones del Modelo preventivo de riesgos psicosociales Chimalli.
- Fawcett, S., Lewis, R., Andrews, A., Vincent, F., Richter, K., Williams, E. & Cople, B. (1997). Evaluating Community Coalitions for Prevention of Substance Abuse: The case of project Freedom. *Health Education & Behavior*, Vol. 24 (6) 812-828.
- Guzmán, F y Alonso, M. (2005). Adquisición del uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: El efecto de la relación con amigos. SMAD, *Revista electrónica de Salud Mental, Alcohol y Drogas*, año/Vol. Número 002. Escuela de enfermería de Ribeirao Prieto, Brasil.
- Fernández, A., Hernández, E. y Ramírez, S. (2006). Conductas agresivas, consumo de drogas e intento de suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia psicológica Junio Año/Vol. 24 número 001. Sociedad Chilena de psicología Clínica, Santiago de Chile*, pp. 63-69.
- González M. y Yedra, L. (2006). La escuela y los amigos. Factores que pueden proteger a los adolescentes del uso de sustancias adictivas. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología. Universidad Veracruzana, enero-junio, Vol. 11 no. 1:23-37*.
- Guzmán F. y Castillo, A. (2005). Adquisición y uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: el efecto de la relación con los amigos. *Revista electrónica de Salud Mental y alcohol y drogas*, Vol.1, no.2, Agosto. Extraído el 13 de septiembre 2007 desde: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-)
- Masten, A., Best, K. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2 (4), 425-444.
- Medina-Mora, M.E., Villatoro y J. Cravioto, P. (2002). Como influye el conocimiento del riesgo en el uso de drogas. *Revista de divulgación del CONADIC. No. especial, junio*, 12-15.
- Milian, Y., Gálvez, E. y Alcorta, C. (2005). Factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas. *Rev Cubana Med Gen Integr. [Online]. Sep.-dic. 2005, Vol.21, no.5-6* [citado 03 Diciembre 2007]. Disponible en la World Wide Web: <<http://scielo.sld.cu/scielo.php>

- Miovsky, M., Miovska, L, Rehan, V. & Trapkova, B. (2007). Substance use in fifth-and seventh- grade Basic school pupils: Review of results of quasi-experimental evaluation study. *Academic Research Library*, vol. 51,109-120.
- Pick, S., Poortiga, Y.H. y Givaudan, M. (2003). Integrating intervention theory and strategy in culture-sensitive health promotion programs, *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (4), 422-429.
- Kumate, J. (2002). Percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos. *Revista de divulgación CONADIC. No. especial, junio*, 6-11.
- Rojas, A. (2005). Comportamiento antisocial y consumo de sustancias psicoactivas en escolares adolescentes de Lima metropolitana. *Dispersión, Revista electrónica del Instituto de Psicología del Desarrollo. Año 11, no. 5, agosto*, ISSN 1811-847X, 1-17. [http://www.ipside.org/dispersion/2005-5/5\\_toma](http://www.ipside.org/dispersion/2005-5/5_toma)



# Tratamiento de Conductas Adictivas

# Capítulo 6



La conducta adictiva por definición es compleja. Un tratamiento efectivo incorpora conocimiento y evaluación del comportamiento adictivo, elaboración de planes de tratamiento individualizados, farmacoterapia, manejo de la metodología de casos, terapias de consejería conductual, prevención de recaídas, supervisión periódica del uso de drogas y en determinados casos, servicios médicos, legales, vocacionales, reducción de daños y terapia familiar (NIDA, 2001).

La perspectiva cognitivo conductual es una de las orientaciones más utilizadas debido a su comprobada validez y eficacia clínica. Bajo esta perspectiva se agrupan una serie de propuestas teórico metodológicas que explican y abordan el fenómeno logrando que el usuario aprenda a dirigir y controlar sus respuestas conductuales, mentales y emocionales (Heman y Oblitas, 2005).

Sus fundamentos teóricos descansan en las teorías de aprendizaje por condicionamiento, economía conductual y social cognitiva. Dentro de sus desarrollos metodológicos, se encuentran la entrevista motivacional, las intervenciones breves y otras aplicaciones a largo plazo. En las siguientes líneas, se abordan los fundamentos teóricos y las modalidades de intervención.

## **Fundamentos Teóricos**

**Teorías del aprendizaje por condicionamiento:** El sujeto aprende un comportamiento a través de su refuerzo. La conducta posee flexibilidad y eficacia que permiten la adaptación. Existen 2 tipos básicos de condicionamiento: 1) clásico (Pavlov, 1927) que describe la asociación de un estímulo incondicionado con un estímulo neutro (Diccionario de psicología científica, 2007) y 2) operante (Skinner, 1979) también llamado instrumental que señala que la conducta provoca la aparición de un refuerzo, el cual modifica la probabilidad de la emisión conductual (Diccionario de psicología científica, 2007). Consumir drogas equivale a una respuesta condicionada.

El condicionamiento puede ser también secundario cuando se asocia el consumo a determinadas circunstancias ambientales (Domjan, 1999). El aprendizaje entonces explica el cambio conductual. La conducta adictiva es un comportamiento aprendido. Al consumir drogas se genera una respuesta placentera que lleva buscar nuevas situaciones que la refuercen.

Para explicarse un comportamiento adictivo es preciso conocer el funcionamiento de dos mecanismos entendidos a partir del condicionamiento clásico: la tolerancia y la abstinencia. La primera se debe a la elicitación de respuestas compensatorias que se oponen a los efectos fisiológicos (y por tanto, diferenciados) una vez consumida una sustancia. Por otro lado, la abstinencia se presenta bajo las mismas reglas que la

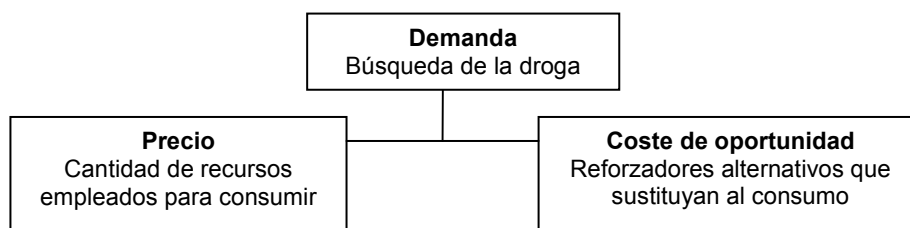
tolerancia solo que sin el efecto de la droga. Las respuestas que surgen por la interrupción del consumo compensan al organismo en la búsqueda de un equilibrio.

**Economía conductual:** La conducta de un organismo se desarrolla en un contexto de elección (Tucker, Vuchinich y Rippens, 2002). La toma de decisiones es influida por las condiciones ambientales y biológicas de un momento determinado (Allison, 1983). Los organismos se enfrentan a situaciones que les sugieren una diversidad de alternativas, de las cuales eligen solo una. Cada alternativa cuenta con diferentes reforzadores en un contexto de restricción (Rachlin, 1989). Entre la gama de reforzadores se produce una interacción (Hursh, 1980).

Las restricciones de la conducta obedecen a reglas. La primera regla hace énfasis en los principios de integración de los factores causales asociados a la conducta; la segunda regla define cuál de todas las posibles respuestas será elegida. Un sistema que integra información contiene una regla de elección y respuesta (Bouzas, 2007). Existen diversas respuestas, pero básicamente se tienen dos principales, que se colocan en un umbral; cuando la fuerza es mayor en una de ellas (las propias respuestas van integrando una respuesta) entonces se puede decir que se elige una alternativa entre varias.

La conducta adictiva se define por la exposición frecuente del usuario a diferentes alternativas (variables independientes) que refuerzan la conducta de consumo, entendida ésta, como la alternativa de mayor fuerza (Bickel, Green y Vuchinich, 1995). El umbral de las respuestas se adapta a las condiciones presentes, lo importante no es la noción de presencia de condición, ni la droga en sí, sino la recompensa (Bouzas, 2007).

Las drogas asignan un precio a los consumidores, el costo puede ser elevado: lesiones físicas permanentes, ruina económica, alteraciones emocionales, disfunción social, etc. Cuando el usuario está bajo la influencia de alguna sustancia le es difícil darse cuenta del valor de lo que está perdiendo. Demanda, Precio y Costo de oportunidad (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007) son variables factibles de modificar.



**Figura 13.** Relación entre demanda, precio y coste de oportunidad



En el cambio conductual el precio y el coste de oportunidad son variables independientes y manipulables por lo que el usuario puede aprender a controlar la demanda. Si se reduce el precio y el coste de oportunidad, el consumo de drogas no se disminuirá, por el contrario. En cambio, si los recursos utilizados para obtener la droga son costosos y paralelo existe una amplia gama de reforzadores (otras conductas que generan una satisfacción y refuerzo distinto al que genera la droga, pero que para el usuario tienen un alto valor como para no consumir), entonces esto afectara de forma correspondiente a la demanda.

**Teoría social cognitiva:** Integra técnicas de condicionamiento clásico, operante vicario y cognitivas, considerando los acontecimientos estímulares externos y las contingencias que refuerzan y mantienen a la conducta adictiva.

Para modificar una conducta adictiva se requiere poner atención en como actúan los estímulos externos, sus consecuencias y el proceso cognitivo que media el aprendizaje por observación (Bandura, 1986; Flanders, 1968), para que el usuario autorregule su la conducta de consumo.

De esta teoría se deriva el concepto de Autoeficacia y modelamiento (Bandura, 1986) que tiene cada vez mayor aplicación en la prevención y tratamiento de las adicciones (Medina y Barra, 2005). La autoeficacia como variable relevante desempeña su función en dos sentidos: cambio conductual y predicción del éxito de un tratamiento (Bandura, 1982). Existe un número importante de estudios que apoyan la relación entre la autoeficacia, cambio conductual y los resultados del tratamiento, donde a menor sentido de autoeficacia mayor vulnerabilidad para recaer y abandonar el tratamiento (Bandura, 1982; Annis y Davis, 1989; Diclemente, 1986; McKay, Alterman, McLellan y Snider, 1994).

Otros estudios señalan al modelamiento (Cormier y Cormier, 1994; Moyle, 2003) como una variable que ayuda a esclarecer la interdependencia entre los cambios cognitivos y los cambios conductuales.



**Métodos y Modalidades  
de Tratamiento  
Cognitivo Conductual**

**Capítulo**

**7**



## **Componentes básicos de un Tratamiento Cognitivo-Conductual para las conductas adictivas**

En general, son tres fases las que conforman un Tratamiento Cognitivo Conductual en Adicciones: evaluación de la conducta de consumo, intervención y seguimiento.

**Evaluación:** Comprende la aplicación de instrumentos que arrojan información desde lo general a lo particular del comportamiento de consumo. Se explora la historia de consumo y sus consecuencias asociadas.

De acuerdo a la sustancia consumida se miden intensidad, frecuencia y situaciones de consumo. Mediante la entrevista conductual, la observación clínica, los autorregistros y los instrumentos de evaluación, se definen el patrón de consumo y el nivel de dependencia para así trazar los objetivos del tratamiento (Sparrow, 2007). Dos procesos intermedios entre la evaluación y el tratamiento son el análisis funcional y el balance decisional.

**Análisis Funcional:** Describe las relaciones posibles entre estímulos y respuestas. Intervienen cuatro factores: estímulos antecedentes de las respuestas, variables orgánicas, respuestas motoras, cognitivas, fisiológicas y estímulos consecuentes de las respuestas (Peñate, 2005).

Una relación funcional ilustra una serie de eventos que derivan en ciertos efectos, lo cual va a mostrarle al usuario cómo es que su conducta de consumo puede modificarse a partir de la manipulación de las variables que lo comprometen.

Describir aquello que sucede antes y después del consumo, permite identificar como se ligan conductas y cogniciones en relación a situaciones de consumo. El terapeuta transmite al usuario la idea de no confundir lo que se piensa con lo que se hace.

**Balance decisional:** Lleva al usuario a establecer sus propias metas de tratamiento. Es un ejercicio motivacional. Su objetivo es reducir al máximo el sentimiento de ambivalencia que presenta el usuario con respecto a su conducta de consumo. El usuario tomó una decisión para modificar su patrón de consumo actual pero también se enfrenta a la contradicción de sentimientos y deseos de cambiar o seguir con el mismo patrón.

**Intervención:** Proceso de adquisición de conductas efectivas para controlar o suprimir el consumo. En esta fase se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos del tratamiento (Sparrow, 2007). Se imparten estrategias como el entrenamiento de habilidades sociales, solución de problemas y/o la adquisición de nuevos patrones conductuales y de pensamiento que favorezcan o refuercen su

cambio. El terapeuta modela, transmite, enseña y supervisa su práctica. El usuario requiere enfrentarse a estímulos y poner en práctica dichas habilidades y estrategias.

**Seguimiento:** Da cuenta de la evolución del usuario. Las técnicas de intervención varían, desde la entrevista, el autoinforme y en su caso, la aplicación de pruebas biológicas que detecten el consumo o no consumo y permitan la evaluación de la efectividad del tratamiento en el mediano y largo plazo (Sparrow, 2007). Los métodos utilizados en el tratamiento cognitivo conductual varían en función de varios factores: características del usuario, grado de dependencia, consecuencias asociadas al consumo, edad, nivel de deterioro social, psicológico y físico, son algunos de los más importantes. Algunos estudios sugieren a las intervenciones breves como mejores alternativas para usuarios de alcohol con un nivel de dependencia bajo o medio (Sobell y Sobell, 1995; Bien, Miller y Toningan, 1993).

En el caso de usuarios severos de alcohol y drogas son útiles los métodos de tipo operante como el CRA (Hunt y Azrin, 1973), el modelo de manejo de contingencias (Higgins, Heil y Plebani, 2004) y la prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985). Las diferentes intervenciones bajo esta modalidad consideran necesariamente una medición de la efectividad de los resultados a largo plazo (Secades, Villa y Hernández, 2001).

Asimismo, tanto para tratamientos breves como para aquellos de mayor extensión, la entrevista motivacional constituye un método terapéutico básico. En el siguiente apartado se describen las principales características y alcances de modalidades de intervención en la atención de las conductas adictivas.

### **Modalidades de tratamiento cognitivo-conductual**

En el tratamiento cognitivo conductual se busca superar el condicionamiento (estimulo-respuesta) que explica y refuerza el consumo de drogas. Evidencias encontradas en estudios muestran que ello puede lograrse al reducir el refuerzo provocado por la droga (Mothner y Weitz, 1986) desarrollando nuevos tipos de comportamiento que interfieran con el consumo y compitan con la respuesta condicionada (consumo compulsivo de droga).

De acuerdo a la literatura una vía es la desensibilización que debilita al estímulo condicionado (Domjam, 1999). García (1993) nos señala que “las intervenciones psicológicas están mediatizadas por variables relativas al tratamiento (contexto, componentes duración, etc.) o por variables individuales de los propios sujetos (creencias, expectativas de los efectos de las sustancias, severidad de la dependencia, duración del problema, edad de los usuarios) o por variables ambientales (contingencias)” (p. 48). Generalmente en varios modelos, se reproducen elementos

ambientales (señales, sonidos, circunstancias) a los que el usuario responde (consumiendo droga) y se emplean una diversidad de técnicas (contracondicionamiento, condicionamiento encubierto, control de estímulos, control de contingencias, etc.) para evitar que éste responda a los efectos de la abstinencia y del consumo (respuesta condicionada) (Kazdin, 1996).

Mothner y Weitz (1986) en sus investigaciones han detectado tres variables que deben considerarse al implementar un tratamiento: la naturaleza de la droga, el usuario y el contexto de consumo (estímulos visuales, olfativos, sonidos, personas, etc.).

Los estímulos, como se sabe, provocan la respuesta de consumo, por ello cuando un usuario se encuentra en tratamiento es sumamente importante enfrentarse a los estímulos que han reforzado su historia de consumo, ello desde luego, requiere tiempo, primero éste debe aprender a detectar estímulos y después debe ensayar distintas formas de enfrentarlos, todo ello no podría ser posible sin una metodología de intervención (modelo de tratamiento).

Pues bien, el tratamiento de la conducta adictiva atiende a diversos aspectos como conductas fisiológicas, motoras o cognitivas. En general, para tratar lo conductual, las técnicas de exposición, de control de contingencias y de entrenamiento en habilidades sociales han sido las más útiles (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2004). En el ámbito cognitivo, el entrenamiento en autoinstrucciones, solución de problemas y la reestructuración cognitiva son técnicas efectivas en cuanto a las respuestas fisiológicas la relajación progresiva y la retroalimentación biológica constituyen ejemplos prácticos.

Una de las ventajas de las intervenciones cognitivo conductuales es que los usuarios participan activamente en el proceso de cambio del hábito de consumo a través del ejercicio supervisado de las técnicas cognitivas y conductuales.

La modificación conductual (Kazdin, 1996) en su acepción más práctica implica que el usuario aprenda a autoobservar su conducta, reconozca cuándo, dónde, con qué frecuencia y cantidad consume y finalmente pueda modificar su ambiente. Las evaluaciones controladas durante el proceso de cambio son una ventaja frente a otro tipo de tratamientos en el sentido de que, el comportamiento de cada variable es percibido y medido con mayor certeza.

## Intervención breve

Son procedimientos precisos, limitados, restringidos que involucran una variedad de enfoques, desde el asesoramiento y la información no estructurada hasta formar parte de una terapia especializada. (Chick, Lloyd y Crombie, 1985; Fleming, Barry, Manwell, Johnson y London, 1997). La OMS (2006) la define como una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol o drogas que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que la soliciten por su propia voluntad y en algunos casos, incluso antes de que adviertan daños provocados por su patrón de consumo.

Existen numerosos estudios clínicos aleatorizados que indican una alta efectividad de las intervenciones breves en casos de consumo de sustancias. Bien, Miller y Toningan (1993) bajo un análisis de 32 estudios controlados, determinaron la efectividad de las intervenciones breves frente a los tratamientos más amplios. Wilk, Jensen y Havighurst (1997) revisaron 12 estudios aleatorizados y controlados, concluyendo que bebedores que recibían una intervención breve son 2 veces más propensos a reducir su consumo en un período 6 a 12 meses que los que no la reciben.

Babor y Higgins-Biddle (2001) encontraron que en los profesionales sanitarios del área de atención primaria, que sufren de una alta presión asistencial, las IB constituyen una alternativa para identificar problemas de consumo de alcohol (o drogas), motivándolos a hacer algo al respecto.

También, Las IB son utilizadas en la detección temprana de nuevos casos. La NOM-028-SSA2-1999 en su apartado sobre tratamiento de las adicciones la define como el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas y sociales.

La correcta aplicación de esta estrategia permite el tratamiento oportuno en aquellos casos donde aún no se presenten síntomas de dependencia ó trastornos a nivel físico y mental asociados con el consumo. En la siguiente tabla se agrupan algunos de los indicadores útiles en la detección de nuevos casos.

**Tabla 12. Indicadores para la detección de nuevos casos**

Factores de riesgo	Patrones conductuales asociados al consumo	Signos y síntomas
• Antecedentes familiares de uso de drogas	• Frecuencia y cantidad de consumo	Asociados al consumo, a su interrupción y/o disminución
• Disponibilidad de drogas en el medio social	• Conductas asociadas al consumo	
• Violencia intrafamiliar	• Duración del episodio de consumo	



- 
- Fracaso escolar
  - Manejo inadecuado de la sexualidad
- 

La comunidad clínica se ha centrado cada vez más en ellas como herramientas que llenan el hueco entre los esfuerzos de prevención primaria y los tratamientos más intensivos que atienden personas con trastornos graves debidos al consumo de alcohol y drogas (Babor y Higgins-Biddle, 2001).

Existen diversos enfoques que utilizan a la IB como modalidad. Uno de los más importantes dentro del ámbito de las adicciones es la entrevista motivacional. Su meta principal es motivar al usuario, haciendo que éste perciba al cambio como una acción, no como una intención. Provee estrategias oportunas en situaciones de riesgo y en casos donde se requiere cambiar de una etapa de motivación a otra.

Miller y Tosigan (1993) resumen 6 componentes de una intervención breve bajo el enfoque motivacional. Originalmente, constituyen el acrónimo FRAMES, donde F= Feedback, R= Responsibility, A= Advice, M= Menu of alternative, E= Empathic style y S= Self- efficacy.

**Tabla 13. Acrónimo FRAMES**

---

<b>FRAMES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Retroalimentación</b> acerca de riesgo personal que corre el usuario por su conducta de consumo.</li><li>• La <b>responsabilidad</b> de cambio es del usuario.</li><li>• La <b>asesoría ó consejo</b> sobre dicho cambio es ofrecida por un proveedor.</li><li>• El proveedor ofrece un <b>menú de opciones</b> de tratamiento y alternativas de auto-ayuda.</li><li>• El estilo del terapeuta o proveedor debe ser <b>empático</b>.</li><li>• La <b>Autoeficacia</b> y el empoderamiento son generados en el usuario</li></ul>

---

**Thomas H., Miller, R. y Tonigan, S. (1993)**

En un ensayo clínico aleatorizado (Shakeshaft, Bowman, Burrows, Doran y Sanson-Fisher, 2002) aplicado en una comunidad americana bajo la modalidad de IB en consumidores de alcohol con niveles bajos de dependencia se encontró que la aplicación practica de los componentes del acrónimo FRAMES puede ser igual o incluso más efectiva que la intervención formal de una terapia cognitivo conductual.

Estudios aleatorizados como el citado permiten examinar las diferencias entre los resultados de una intervención breve en la modalidad motivacional y además corrobora que la viabilidad de sus resultados puede ser aplicable a un escenario clínico real, lo cual indica una alta validez externa en esta metodología.

El uso de cada uno de los componentes debe reflejar las necesidades del usuario. Con el monitoreo se determina el progreso del usuario, una vez concluida la IB al conocer

las ganancias y los cambios así como, en ciertos casos, la formulación de un plan de intervención a largo plazo (Thomas, Miller y Tosigan, 1993).

Las aplicaciones de la entrevista motivacional, por lo general se realizan en combinación con otras modalidades de tratamiento, incluyendo el farmacológico (Sánchez, 2005). En un ensayo clínico aleatorizado (Stein, Charuvastra, Maksad y Anderson, 2001) cuyo objetivo fue probar la entrevista motivacional como IB en consumidores de drogas inyectadas con problemas de abuso de alcohol, se logró reducir éste último de manera significativa.

Otro estudio de Saunders, Wilkinson y Phillips (1995) probó que la entrevista motivacional con pacientes adictos a la heroína bajo tratamiento de metadona concluyendo que, con una sola sesión y un seguimiento a seis meses ocurría una reducción significativa del consumo de heroína. Otro estudio similar obtuvo resultados favorables en consumidores de marihuana (Stephens, Roffman y Curtin, 2000).

Es preciso señalar que, la entrevista motivacional no es sinónimo de intervención breve, de hecho, esta confusión ha sido aclarada por Miller y Rollnick (1995). El método motivacional puede utilizarse a modo de estrategia en un programa de tratamiento para aumentar la disponibilidad del usuario al cambio mientras que, las IB constituyen una alternativa que puede presentarse en forma de consejo ó autoayuda en usuarios no dependientes de sustancias o bien, en usuarios severos.

En México se han logrado adaptar y validar modelos de tratamiento como: Detección Temprana e Intervención Breve en Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2003), Autocambio Dirigido para Bebedores Problema (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997) e Intervención Breve para Usuarios de Tabaco (Lira y Ayala, 2005) que utilizan la detección temprana como una estrategia que permite cambios a corto plazo como el control o la evitación el consumo. Dichos modelos se encuadran en la prevención indicada al buscar detener el desarrollo de patrones conductuales que conlleven a una adicción.

### **Intervención a largo plazo: Reforzamiento Comunitario (Hunt y Azrin, 1973)**

Es uno de los modelos de tratamiento que cuenta con mayor soporte empírico. Se basa en los principios del manejo de contingencias como el reforzamiento positivo y negativo, por ejemplo, el premiar una conducta adecuada (abstinencia), así como el castigo negativo y positivo y las distintas técnicas derivadas de los mismos (extinción y control de estímulos, entre otros) Graña (1994). En un principio, fue creado para la atención de alcohólicos crónicos, actualmente se aplica en usuarios de drogas como la cocaína (Higgins, Budney, Bickel, Hughes, Foerg y Badger, 1993).

Este modelo de tratamiento promueve un cambio en el ambiente, pues es desde ahí donde se generan reforzadores tanto para la conducta de consumo como para la de

no consumo, tomando en cuenta que la mejora del usuario deba extenderse al resto de sus contextos de interacción (García, 2000).

Entre sus principales componentes se encuentran el uso del disulfiram con la ayuda de técnicas operantes, el entrenamiento en habilidades sociales y emocionales la participación de un club social de abstemios, manejo del tiempo libre, búsqueda de empleo y entrenamiento en habilidades de rechazo del consumo.

En años recientes el CRA ha sido utilizado en el tratamiento de adicción a la cocaína integrando el componente de terapia de incentivo, mejor conocido como CRA + Vales (Budney y Higgins, 1998). El subcomponente de la terapia de incentivo es un procedimiento de manejo de contingencias que refuerza la retención del usuario al tratamiento y la abstinencia. Los puntos o vales son ganados a cambio de resultados negativos en análisis de orina y el número de puntos se incrementa por cada análisis negativo. Su principal objetivo es mantener la abstinencia prolongada. Asimismo, busca que los usuarios logren cambios conductuales en sus relaciones familiares, sociales, afectadas por el consumo mejorando su vida vocacional, laboral y recreativa.

Varios trabajos (Higgins, Budney, Bickel, Hughes, Foerg, y Badger, 1993, 1994; Higgins, Wong, Badger, Ogden y Dantona, 2000) han destacado la efectividad de este tipo de metodologías con la utilización de vales como una condición operante altamente efectiva para la lograr la abstinencia, principalmente en la adicción a cocaína.

En México se ha adaptado el CRA (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005) en usuarios crónicos de alcohol y drogas. Este modelo es conocido como Programa de Satisfactores Cotidianos. Su justificación principal descansa en que los servicios de intervención para usuarios crónicos en nuestro país se han limitado con frecuencia a servicios de desintoxicación y no a tratamientos integrales que ofrezcan una fuente de componentes que sirvan como reforzadores que les impidan consumir.

El PSC cuenta con un protocolo estricto de intervención que integra estrategias motivacionales las cuales refuerzan las conductas positivas de los usuarios y ayudan al mismo tiempo, a manejar sus resistencias así como de las personas cercanas a ellos. Los componentes que favorecen la modificación del comportamiento adictivo se seleccionan con especial cuidado a partir de una evaluación y análisis funcional relacionado con la sustancia (s) en cuestión.

Con la aplicación de este programa se han obtenido resultados positivos como decrementos significativos en el patrón de consumo antes y después del tratamiento así como cambios favorables en la autoeficacia y satisfacción en la vida cotidiana de los participantes (Barragán, González, Medina-Mora y Ayala, 2005).

## **Prevención de recaídas**

Los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y la presión social son causas de recaída (Marlatt y Gordon, 1985). La prevención de recaídas constituye en principio, una terapia de comportamiento cognitiva desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y después adaptada en usuarios de cocaína (NIDA, 2001). Su objetivo es mantener la abstinencia a largo plazo.

Metodológicamente se fundamenta en el análisis funcional que permite explicar como conductas y cogniciones se ligan a episodios de consumo. La meta del tratamiento es que los usuarios aprendan a reconocer y prevenir situaciones de riesgo (NIDA, 2001). Marlatt y Gordón (1985) señalan que cuando la persona sufre un proceso de descondicionamiento, de reestructuración cognitiva y de aprendizaje de habilidades, es probable que aumente su compromiso de cambio. El terapeuta enseña estrategias para el afrontamiento de la recaída y ayuda en la comprensión de la importancia de evitar la violación de la abstinencia y sus consecuencias.

Técnicas como autoinstrucciones y entrenamiento en solución de problemas son estrategias esenciales para prevenir una recaída. Diversos estudios han incorporado estrategias como la reestructuración cognitiva (Ellis, 1975; Ellis, McInemey, Digiuseppe y Yeager, 1988) para aumentar la percepción subjetiva de control (autoeficacia) (García, 1993). En esta misma línea, Bandura (1986) propone dar cuenta al usuario de la valoración cognitiva de la experiencia de consumo y de su relación con las consecuencias negativas con la finalidad de formarse una expectativa de autoeficacia frente al afrontamiento de nuevas situaciones.

Otro grupo de técnicas que arrojan resultados satisfactorios en esta modalidad de tratamiento son la exposición a estímulos con prevención de respuesta (Cooney, Baker y Pomerlay, 1983; Marlatt y Gordon, 1985). Su fundamentación yace en el condicionamiento clásico. Estas alternativas suponen que la exposición a pistas repetidas dentro del contexto de la bebida ó estímulos asociados a la disponibilidad de alcohol (lugares de consumo), conducirá eventualmente a la extinción de respuestas, incluyendo el deseo de volver a consumir.

La exposición repetida es efectiva cuando no son reforzados pistas o estímulos que anteceden el consumo. Los efectos positivos de estos mecanismos han sido publicados en varios trabajos (Rankin, Hudgson y Stockwell, 1983; Niaura, Rohsenow, Binkuff, Monti, Pedraza y Abrams, 1980).

## **Preguntas de investigación relacionadas al tratamiento de conductas adictivas**

La heterogeneidad clínica entre los usuarios requiere del desarrollo de tratamientos especializados para subgrupos con necesidades diferentes.

Actualmente, se ensayan diversos modelos a la luz del cambio en el comportamiento de consumo de drogas en diferentes contextos y grupos poblacionales (Ling, W., Amass, Shoptaw y Annon, 2005; Fiellin, O'Connor, Chawarski y Schottenfeld, 2004; Saules, Schuh, Arfken y Reed, 2004). Aunque no se trata de terapias estrictamente cognitivas o bien, conductuales, sino más bien terapias combinadas, en algunos casos con fármacos, pueden demostrar efectividad debido a que son basadas en estudios clínicos aleatorizados y ello actualmente, ha tenido cierta relevancia en el tratamiento de conductas adictivas.

Estas terapias implementadas de forma individual, grupal, de corta o larga duración, han demostrado cambios que contrarrestan efectivamente las conductas adictivas, principalmente en sustancias como la heroína y el tabaco.

No todos los estudios sobre tratamiento de adicciones responden a preguntas básicas de investigación. En la actualidad, los usuarios cuentan con diversas alternativas de tratamiento, una de las preguntas que los ensayos aleatorizados tratan de responder es cual de todas ellas es la mejor para que tipo de casos.

Un aspecto de interés en el tratamiento yace en las dificultades que muchos usuarios encuentran en su proceso de modificación conductual (Sunyer, 2000), cambios en las pautas de su consumo, compromiso por continuar o no con la terapia, etc.

La motivación es una variable predictora del fracaso o éxito terapéutico, aunque sus características son claramente definidas, el terapeuta no puede lograr grandes cambios si el usuario decide interrumpir su tratamiento y también, el que no esté dispuesto a motivarse. Esta situación constituye un problema por resolver. El clínico se enfrenta a este tipo de variables, difícilmente controlables en los escenarios reales de intervención. Por otra parte, Kazdin (1996) nos señala la existencia de pocas evaluaciones que determinan si lo aprendido a lo largo del tratamiento es puesto en práctica por los usuarios y si así fuera se concluya que son efectivos los resultados.

Lo que también es primordial al aplicar un tratamiento psicoterapéutico es que antes de su implementación deban evaluarse con precisión las necesidades de los participantes. Si por ejemplo, se entrena sobre un componente de rechazo al consumo o asertividad, se tiene que saber si ese es un problema esencial para el usuario, en general, los participantes cuando entran en un protocolo de investigación donde se les ofrece un tratamiento no perciben si lo que se les sugiere es lo que les va a ayudar en

realidad, ¿cuáles son las necesidades y/o expectativas del usuario antes de que conozca el tratamiento?

Otra variable a tomar en cuenta, es el tipo de sustancia a la cual se es adicto y como se manifiesta el patrón de consumo. Si en un grupo de casos van a tratar un problema emocional o conductual y luego el consumo y sí el tratamiento tiene una lógica contraria, seguramente se obtendrán diferencias significativas, todo ello por lo menos, hay que identificarlo con mayor precisión.

Una propuesta que podría ser factible es la inducción al rol como un proceso de asimilación de derechos y obligaciones del terapeuta y del usuario a lo largo del tratamiento.

La inducción al rol ayuda a aclarar las expectativas del usuario con respecto al papel del terapeuta, inclusive, cómo es que influyen las historias de tratamiento previo y cuáles podrían ser barreras de tratamiento. Por ejemplo, los pacientes de primera vez, en principio, tienen fuentes de información de tratamiento basados en la norma subjetiva, aun después de la inducción (Fishbein y Ajzen, 1975).

Un estudio (Katz, Brown, Schwartz, Weintraub, Barksdale y Robinson, 2004) propone a este proceso de inducción al rol como predictor de la retención al tratamiento. Sus resultados sostienen que un 77% de los pacientes con inducción al rol se retuvieron más que aquellos a los que no se les aplicó. El interesarse en este tipo de cuestiones puede explicar la diferencia entre el éxito y el fracaso terapéutico e indirectamente podría dar información acerca de un tratamiento efectivo con menor costo.

También la evaluación de indicadores de desempeño es otra área que comienza a cobrar interés en la investigación aplicada. Se basa en la observación de variables del paciente y del programa, que están relacionados con la evolución a largo plazo (González, Solís y Sánchez, 2006), que pueden ser fácilmente medibles durante y después del tratamiento. Estas variables sirven como indicadores de la eficiencia en las diversas etapas del proceso de tratamiento e indirectamente son indicadores de la evolución de los sujetos tratados.

En México una evaluación realizada en un centro de tratamiento ambulatorio para alcoholismo (González, Solís y Sánchez, 2006) a través de indicadores de desempeño y su relación con características sociodemográficas de los usuarios encontró que el ser mujer, tener mayor escolaridad y ser menor de 20 años o mayor de 40 años, estar separada y tener un periodo mayor de 1 mes de abstinencia se asociaba con un mejor desempeño en indicadores de iniciación y enganche temprano al tratamiento; y en menor medida con permanencia en 3 o 6 meses.

Lo anterior sugiere la necesidad de ahondar en las necesidades individuales de las personas y considerar aspectos no solo de la naturaleza de su consumo, también el conocimiento de las características sociodemográficas, culturales y sociales como el

tener o vivir en familia u apoyos sociales pueden pronosticar el grado de retención en un tratamiento.

No solo las variables de los usuarios y su relación con el tratamiento es lo prioritario a investigar, la efectividad de un tratamiento es en sí mismo un punto central en la investigación aplicada.

El establecer la eficiencia (relación costo-beneficio) de programas que ya han demostrado cierta eficacia (Secades y Fernández, 2001) es el segundo paso. Se puede citar, un ensayo clínico aleatorizado (Sherbaum, Kluwig, Specka, Krause, Merget, Finkbeiner y Gastpar, 2006) que comparó un tratamiento estándar (mantenimiento de metadona) y un tratamiento cognitivo-conductual bajo la modalidad grupal, éste último fue señalado como una nueva propuesta, pues los principios cognitivo- conductuales ya han sido probados.

Al respecto, se considera que la justificación de dicho estudio esta bien sustentada pues en el caso de adicciones a la heroína se ha hecho la mayor de las veces, énfasis en el tratamiento farmacológico y no tanto en el mejoramiento o en la corrección de la conducta del usuario. En este ensayo existen diferencias significativas en la aplicación de ambos tratamientos, probando la efectividad de la modalidad grupal bajo la perspectiva cognitivo conductual sin embargo, clínicamente lo que se sigue utilizando con mayor frecuencia son la consejería, las comunidades terapéuticas u otras modalidades comunitarias; la cuestión es si estas alternativas son las más efectivas hasta ahora o son las más factibles de operar.

Lo que se ha encontrado es que en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales puedan establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento terapéutico (Novell y Navarro, 1995).

El siguiente apartado trata sobre la Formulación de Programas de Intervención durante el periodo de formación de la Maestría en Psicología de las Adicciones, donde se tuvo la oportunidad de atender a población consumidora a nivel terapéutico. Se utilizaron dos modelos cognitivo-conductuales: el Programa de Satisfactores Cotidianos, aplicado en 8 usuarios substanciales y/o severos de sustancias en un centro público de atención en adicciones y el Modelo de Intervención de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema aplicado a un usuario de alcohol en el Centro de Atención de Conductas Adictivas Acasulco de la Facultad de Psicología de la UNAM.





**Formulación de  
Programas de  
Tratamiento**

**Capítulo**

**8**



## **Programa de Satisfactores Cotidianos**

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es un tratamiento cognitivo conductual para usuarios dependientes de sustancias adictivas, derivado del “Community Reinforcement Approach” de Hunt y Azrin (1973) adaptado en México por Barragán, González, Medina-Mora y Ayala (2005). El objetivo del PSC consiste en que el usuario modifique su conducta de consumo, alcance la abstinencia y se propicie un estilo de vida más satisfactorio que el del consumo (Barragán y cols., 2005). A diferencia de otros modelos de intervención, el PSC busca llegar a la abstinencia o bien mantenerla si el usuario no consume al momento de ingresar al programa.

Al PSC lo integran una sesión de Admisión, dos sesiones de Evaluación inicial, la impartición de 12 componentes de intervención: 1) Análisis Funcional de la Conducta de Consumo y No Consumo; 2) Muestra de Abstinencia; 3) Metas de Vida Cotidiana; 4) Rehusarse al Consumo; 5) Solución de Problemas; 6) Habilidades de Comunicación, 7) Control de las Emociones (enojo, ansiedad, tristeza y celos), 8) Búsqueda de Empleo; 9) Consejo Marital; 10) Habilidades Sociales y Recreativas y 11) Prevención de Recaídas; 12) Entrenamiento al Otro Significativo; y la evaluación de 4 sesiones de seguimiento una vez terminado el tratamiento (Barragán y cols., 2005).

### **Criterios de inclusión al Programa de Satisfactores Cotidianos**

Ser mayor de 18 años, saber leer y escribir, dependencia media y severa al alcohol, y/o sustancial y severa a otras drogas, una ingesta en hombres de 14 o más copas por ocasión y/o 20 o más copas promedio a la semana y de 10-12 por ocasión y/o 15 o más copas promedio a la semana en Mujeres; Problemas en las diferentes áreas de funcionamiento (familiar, emocional, laboral, económica, legal, personal, social, comunicación, salud), Recaídas y tratamientos previos ó intentos fallidos por dejar la sustancia. Los criterios de exclusión son no cubrir los criterios de dependencia del modelo, no contar con un funcionamiento cognitivo mayor o igual a 6.5 puntos y presentar un cuadro psicótico (Barragán y cols., 2005).

### **Admisión**

Consiste en una primera evaluación que determina si el PSC es indicado o no para el usuario. Se aplican una serie de instrumentos (ver tabla 1) con el fin de obtener información acerca del nivel de dependencia, del estado cognitivo y del nivel de satisfacción en la vida. La admisión se sirve del apoyo de la entrevista motivacional, donde la escucha activa y la retroalimentación reflexiva, son fundamentales, por ejemplo el terapeuta puede decir: “usted detecta que al empezar su consumo no puede parar, razón por la cual es importante comenzar con un tratamiento que lo encamine hacia la abstinencia”.

**Tabla 1. Instrumentos de admisión**

<b>Instrumento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Entrevista conductual</b>	Se obtienen datos generales acerca de la historia y patrón de consumo actual, situaciones y problemas antes y después de consumir, alteraciones por consumo, intentos previos de tratamiento, principales motivaciones para iniciarlo y referencias personales.
<b>Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) (Horn, Skinner, Wanger y Foster, 1984).</b>	El PSC es útil en niveles de dependencia medio y/o severo. En el caso del consumo de drogas (excluyendo tabaco y alcohol) el nivel de dependencia requerido es: substancial y/o severo. Es un cuestionario de 25 reactivos que evalúa diferentes grados de dependencia de consumo de alcohol. Permite valorar las consecuencias por el abuso de alcohol e identificar si el usuario forma parte de la población de estudio de interés para el PSC.
<b>Cuestionario de abuso de drogas (CAD) (Skinner, 1982).</b>	Se compone por 20 reactivos. Mide la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento en el consumo; su confiabilidad es de .86 y con respecto a su validez 4 componentes explican más del 50% de la varianza total y se correlacionan con el número, frecuencia y problemas asociados al consumo. Adaptado a población mexicana en 2001 (De la fuente y Villapando, 2001).
<b>Subtest de retención de dígitos (Wechsler, 1956).</b>	De fácil administración y calificación mide la memoria de repetir dígitos hacia delante y hacia atrás lo que permite medir la memoria a corto plazo. Permite saber si existen dificultades de atención y/o falta de habilidad en hacer trabajo intelectual por parte de los usuarios pues para manejar los materiales del PSC requerirán un determinado esfuerzo de concentración.
<b>Subtest de símbolos y dígitos (Wechsler, 1956).</b>	Es un test de sustitución. El sujeto asocia ciertos símbolos a otros y la velocidad así como la exactitud con que lo haga sirve como una medida de coordinación vasomotora bajo presión temporal. Esta prueba en conjunción con la escala de memoria para repetir dígitos determina si existe o no un deterioro cognitivo debido al consumo de sustancias. En el PSC se pide que los usuarios puntúen como mínimo 6.5 puntos.
<b>Escala de Satisfacción (Teichner, DeCato, Donohue, Azrin y Howell, 1988).</b>	Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción individuo (0-100%) en 10 áreas de la vida cotidiana del usuario: 1) Consumo/Sobriedad, 2) Progreso en el Trabajo o en la Escuela, 3) Manejo del Dinero, 4) Vida Social y Recreativa, 5) Hábitos Personales, 6) Relaciones Familiares o Matrimoniales y 7) Situación Legal, 8) Vida Emocional, 9) Comunicación y 10) Satisfacción General. Su confiabilidad es de .76 teniendo buena consistencia interna, su validez de criterio es adecuada al correlacionar el promedio de satisfacción de las áreas con el general.

Una vez aplicados los instrumentos de admisión, se explican al usuario los componentes del PSC así como también aspectos relacionados con las propiedades y los efectos de la (s) sustancia (s) de consumo. A su vez, se mencionan las condiciones de permanencia en el programa y si el usuario está de acuerdo firma una carta compromiso junto con el terapeuta en la que, se especifican los derechos y las responsabilidades de ambos durante el tratamiento.

## Evaluación

En la segunda sesión se inicia el proceso de evaluación. Durante 2 sesiones se evalúan a profundidad diferentes áreas relacionadas con la situación de consumo actual, por ejemplo, se determina el patrón de consumo un año antes de la intervención por sustancia consumida, se identifican todas las situaciones de consumo; se detecta el nivel de autoeficacia para consumir ante tales situaciones, son evaluados signos y síntomas de estados emocionales como ansiedad, depresión, ira y hostilidad.

Finalmente, se evalúa la calidad de vida actual en cuatro áreas básicas: general, pareja, hijos y trabajo.

En los párrafos siguientes se describen los instrumentos de aplicación en este segundo proceso que permitió definir los objetivos terapéuticos.

### Tabla 2. Instrumentos de evaluación

Instrumento	Descripción
<b>Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA). (Annis, Graham y Davis, 1982).</b>	Consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo excesivo durante el año anterior en 8 categorías. Fue adaptado a población mexicana en el año de 1997. Contiene 8 subescalas: Emociones Desagradables, Malestar Físico, Emociones Placenteras, Probando Autocontrol, Necesidad y Tentación de Consumo, Conflicto con Otros, Presión Social, Momentos Agradables con otros.
<b>Inventario de situaciones de consumo de Drogas (ISCD) (Annis, Graham y Martin 1991).</b>	Es fundamental conocer las situaciones que representan un riesgo para consumir, al hacerlo se identifican precipitadores que indican la necesidad de elaborar un detallado plan de acción para prevenir un consumo. El ISCA Consta de 60 reactivos, evalúa la cantidad de situaciones que precipitan el consumo, mediante porcentajes (0-100%) en 8 situaciones precipitadoras: Emociones Desagradables, Malestar Físico, Emociones Placenteras, Probando Autocontrol, Necesidad y Tentación de Consumo, Conflicto con Otros, Presión Social, Momentos Agradables con otros. Fue adaptado a población mexicana en 2001 (De la fuente y Villapando, 2001), mostrando una confiabilidad test-retest de .98 y una validez en la que todos sus reactivos fueron significativos al .000.
<b>Cuestionario de confianza situacional para consumo de alcohol (CCS) (Annis y Graham 1987).</b>	La autoeficacia es la percepción que el usuario tiene para resistir la tentación de consumir drogas ante situaciones consideradas como de riesgo. El CCS evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo ante 8 categorías situacionales: Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables probando mi autocontrol sobre el alcohol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.
<b>Cuestionario de autoconfianza en el consumo de drogas (CACD) (Annis y Graham, 1988).</b>	Consta de 100 reactivos que evalúan la percepción de resistir el consumo de drogas en 8 áreas de situaciones de riesgo: Emociones Desagradables, Malestar Físico, Emociones Placenteras, Probando Autocontrol, Necesidad y Tentación de Consumo, Conflicto con Otros, Presión Social, Momentos Agradables con otros. Adaptado en población mexicana (De la fuente y Villapando, 2001). La consistencia interna del instrumento fue de .99; en su confiabilidad test-retest y en su validez todos los reactivos obtuvieron una significancia de .000.

**Línea Base Retrospectiva (Sobell, y Sobell, 1992).**

Registro retrospectivo sobre la cantidad y frecuencia del consumo de la sustancia un año atrás iniciado el tratamiento. Se logra adaptar a población mexicana en al año de 1993 (Echeverría y Ayala, 1993). Tiene una confiabilidad test-retest de .91. La correlación del consumo entre el informe del usuario y el del colateral es de .82. La validez concurrente, de la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y del Cuestionario Breve de Tamizaje de Alcohol de Michigan (SMAST) muestra correlaciones de .53. Con la aplicación de este instrumento se precisa la cantidad, la frecuencia y el tipo de consumo así como sus fluctuaciones o cambios a lo largo de un año. En el caso del presente reporte se consideró el autoinforme a partir de la fecha de internamiento de cada uno de los usuarios.

**Inventario de depresión (Beck, Steer, y Garbin, 1988).**

Consta de 21 reactivos expuestos en grupos de cuatro aseveraciones que fluctúan de menor a mayor índice de depresión. Permite identificar síntomas de depresión y que en conjunto corresponde a un nivel de depresión: mínima, leve, moderada y severa.

**Inventario de ansiedad (Beck) (Beck, Epstein, Brown y Steer 1988).**

Instrumento que consta de 21 reactivos. Permite evaluar síntomas de ansiedad y determinar el nivel de ansiedad (mínima, leve, moderada y severa) en que se encuentra el usuario antes, durante y después del tratamiento.

**Escala de Calidad de vida (Palomar, 1995).**

La calidad de vida es un Indicador que sirve como insumo de anclaje al tratamiento. El instrumento consta de 80 reactivos y se dividen en cuatro áreas: área general, área laboral, área de pareja y área de hijos.

**Inventario Multicultural de la Expresión de la Cólera y Hostilidad (Moscoso, 2000).**

44 reactivos evalúan la intensidad de la cólera como un estado emocional (Cólera/Estado) y la disposición a experimentar sentimientos de cólera y hostilidad como un rasgo de personalidad (Cólera/Rasgo). La forma, estilo y frecuencia de expresión de la cólera es evaluada por las sub-escalas de Cólera Manifiesta, Cólera Contenida y Control de la Cólera. Para fines de este modelo de tratamiento se deben tomar en cuenta sólo las escalas de tipo conductual y particularmente la variable cólera como estado emocional (Cólera/Estado) ya que la literatura reporta a las emociones desagradables (enojo, tristeza, ansiedad, etc.) como una condición precipitadora ante el consumo de alcohol o drogas (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980). El autocontrol emocional impacta de manera positiva la conducta, previniendo el consumo o bien, incrementando la motivación al cambio. La detección y entrenamiento del manejo de emociones negativas como enojo y hostilidad es un componente fundamental del PSC.

## MÉTODO

### *Participantes*

Se utilizó el PSC en 8 usuarios dependientes de alcohol y drogas quienes solicitaron servicios de internamiento en un centro público de atención en adicciones. El internamiento de cada usuario tuvo una duración de 40 días. Durante este periodo los usuarios participaron en diferentes programas terapéuticos con el fin de lograr la reinserción a su núcleo social.

Dado el escenario del tratamiento residencial se adaptó el PSC. En la mayor parte de los casos, se desarrolló la intervención hasta la etapa de evaluación y el análisis funcional, considerando que 4 de los casos continuaron con el tratamiento en consulta externa, impartiendo por lo menos 1 de los componentes terapéuticos. De éstos 4 casos 2 se atendieron desde un inicio en consulta externa.

El trabajo de supervisión fue a cargo de la Dra. Lydia Barragán Torres, quien dirige el entrenamiento del Programa de Satisfactores Cotidianos en la Residencia de Psicología de la Adicciones.

### **Características sociodemográficas de los casos**

**Sexo:** Los usuarios fueron en su mayoría hombres (siete hombres y una mujer).

**Edad:** 3 de los sujetos varones tienen una edad comprendida entre los 30 y 40 años, los otros 5 usuarios, incluida la usuaria tienen una edad comprendida entre los 20 y 27 años.

**Estado civil:** El 75% de los usuarios son casados (6 sujetos) y el 25% son solteros.

**Nivel socioeconómico:** 2 de los usuarios perciben un ingreso mensual por arriba de los \$10,000; 6 perciben un ingreso mensual de los \$4,000 a \$6,000 y sólo un usuario percibe un ingreso mensual de \$1,000 a \$2,500

**Escolaridad:** 4 de los usuarios cuentan con la secundaria terminada, 2 con la preparatoria incompleta y 2 concluyeron la educación preparatoria.

**Ocupación:** 4 de los usuarios hasta el momento del internamiento eran empleados, 2 trabajaban de manera irregular y 2 eran comerciantes.

### **Características del uso de sustancias**

El 100% consumió alguna vez en su vida, más de una sustancia, incluyendo alcohol y tabaco. La sustancia principal de consumo en el 60% de los casos fue cocaína en crack. Uno de los usuarios tenía únicamente como sustancia principal la marihuana, otro los sedantes (rohypnol) y uno más los inhalables.

### **Problemas asociados al uso de sustancias**

Los problemas más frecuentes reportados por los usuarios debidos al consumo de sustancias (incluido el alcohol) fueron en el 75% problemas familiares caracterizados por pérdida de confianza, agresiones físicas y verbales, comunicación y separaciones.

El 25% argumentó tener problemas a nivel emocional de manera importante. Un 25% de los usuarios (2 casos) han sido arrestados por el uso de sustancias.

El 100% de los usuarios perciben que, el número de problemas asociados al consumo fue menor antes de su inicio de consumo con respecto a su situación actual.

Todos los usuarios habían recibido antes de su internamiento, algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver sus problemas de alcohol o drogas; en el 50% de los casos se acudió a grupos de autoayuda con una duración de entre los 1 y 3 años. En un caso solamente el tipo de servicio que por más de una ocasión utilizó fue el de desintoxicación. 25% (2 usuarios) habían tenido previamente un internamiento en anexos.

En el 75% de los casos, los usuarios describen su consumo durante el año pasado como un gran problema al tener algunas consecuencias negativas, dos o más de las cuales pueden considerarse como serias. El 25% de los casos consideran tener un problema mayor, con consecuencias negativas, una de ellas consideradas como seria. Dentro de las consecuencias negativas a nivel salud han sido en el 25% de los casos Gastritis (2 usuarios) en 25% han sufrido de desnutrición. 50% (4 usuarios) ha sufrido de delirios. 100% ha tenido manifestaciones de ansiedad debidas a la interrupción y/o consumo de sustancias. Otro 50% ha sufrido de alucinaciones ya sea visuales, táctiles o auditivas. El 25% de los usuarios (2 casos ha tenido intentos de suicidio).

### *Procedimiento*

El trabajo de admisión consistió en hacer una entrevista inicial que básicamente evaluaba si el usuario cumplía con los criterios de admisión. Una vez admitidos en el programa se les presentó el Programa de Satisfactores Cotidianos y como podría contribuir a su rehabilitación. A los usuarios se les comentaron las principales características del modelo y se les describieron sus responsabilidades, luego terapeuta y usuarios firmaron una carta compromiso. La duración de la intervención fluctuó entre las 5 y 9 sesiones esto de acuerdo a las necesidades y disposición de cada usuario.

La evaluación se llevó a cabo en 2 sesiones. En la primera sesión se evaluó el patrón de consumo, las situaciones de consumo de drogas y/o alcohol así como el nivel de autoconfianza frente a éstas para no consumir. En la segunda sesión se evaluaron síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, nivel de la calidad de vida y la expresión individual de la cólera y hostilidad.

Se realizó un análisis funcional que permitió la detección de relaciones estímulo respuesta de la conducta de consumo y de la conducta de no consumo. En cada uno de los casos se analizaron las principales situaciones de consumo, destacando sus antecedentes, la conducta de consumo, las consecuencias inmediatas y mediatas así como una situación de no consumo con las mismas referencias con la finalidad de definir cuales conductas habría que reforzar o mejorar para su mantenimiento y cuales habría que controlar, reducir o bien, eliminar a fin de que el usuario lograra y mantuviera en un futuro la abstinencia. Los objetivos terapéuticos se enfocaron hacia aquellas conductas relacionadas con el consumo cuya frecuencia y cantidad fuesen significativas.

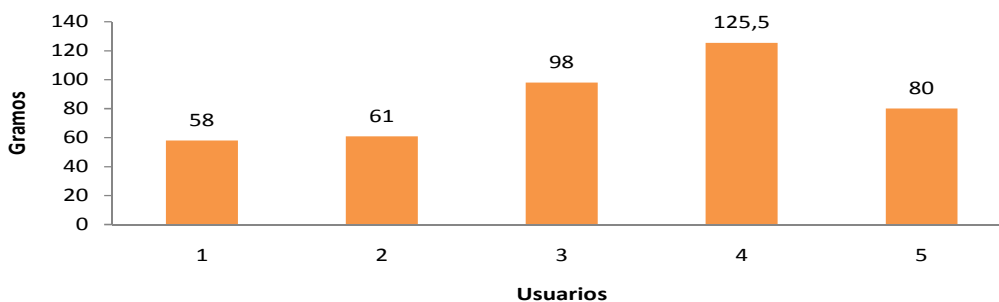


La estrategia de intervención consistió en el aprendizaje de nuevas conductas. La cognición fue abordada como elemento que influye en el desarrollo y mantenimiento de patrones conductuales disfuncionales que refuerzan la conducta de consumo. Cada uno de los usuarios representó un caso único, por lo que se eligieron aquellas conductas que de acuerdo a la evaluación eran prioritarias y factibles de modificar.

Para cada usuario se impartieron distintos componentes terapéuticos y su desarrollo tuvo una duración variable, dependiendo de las particularidades de cada caso. Los ensayos conductuales y la utilización de los materiales didácticos facilitaron el conocimiento y el aprendizaje de estrategias específicas por cada componente. A través de una lista de cotejo se registraron los avances individuales.

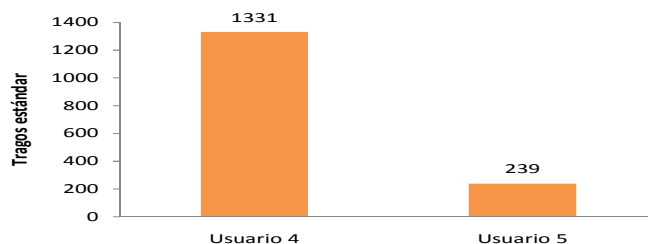
## RESULTADOS

Se evaluó e intervino a 8 usuarios de alcohol y/o drogas, 3 usuarios (usuarios 1, 2 y 3) presentaban como sustancia principal a la cocaína en crack; 2 (usuarios 4 y 5) consumían de manera sustancial alcohol y cocaína. Un usuario (usuario 6) consumía marihuana. Una usuaria consumía inhalables (usuaria 7) y el usuario 8 consumía sedantes. Las siguientes gráficas representan la cantidad de consumo anual de sustancias los usuarios.



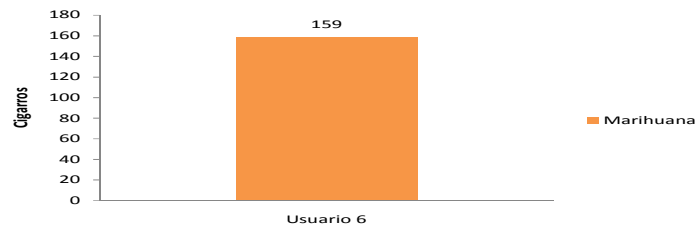
**Figura 1.** Cantidad de consumo anual en usuarios de cocaína

5 usuarios consumían cocaína en crack. Dos de los cuales 2 (usuario 4 y 5) consumían también alcohol. El consumo en ambos casos superaba los 125 gramos por año (ver figura 1).



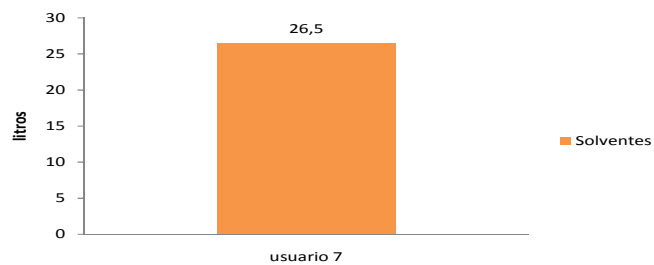
**Figura 2.** Cantidad de consumo anual en usuarios de alcohol

Los usuarios 4 y 5 alternaban el consumo de alcohol con el consumo de cocaína. El usuario 4 consumió un total de 1331 tragos y el usuario 5 consumió un total de 239 tragos en un año (ver figura 2).



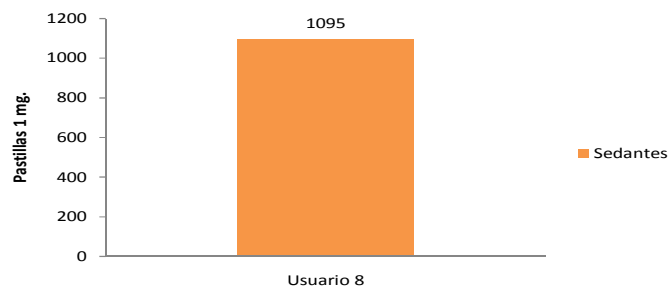
**Figura 3.** Cantidad de consumo anual en el usuario de mariguana

El usuario consumió un total de 3 cigarros por semana (de manera regular los fines de semana) lo que equivale a 159 (ver figura 3).



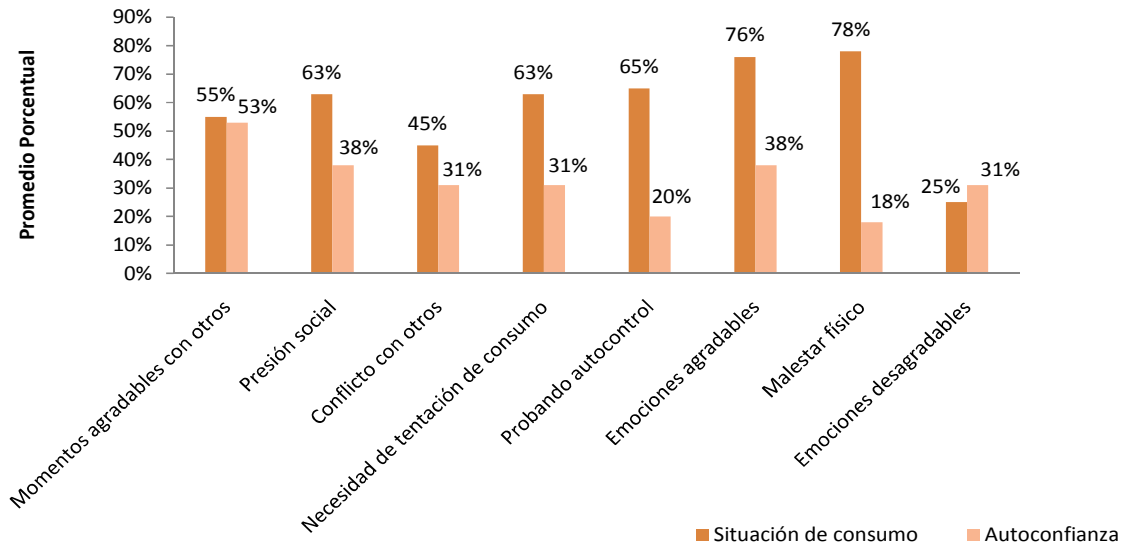
**Figura 4.** Cantidad de consumo anual en la usuaria de inhalables

La usuaria consumió durante un año .5 litros semanales del solvente thinner, lo que equivale a 26.5 litros (ver figura 4).



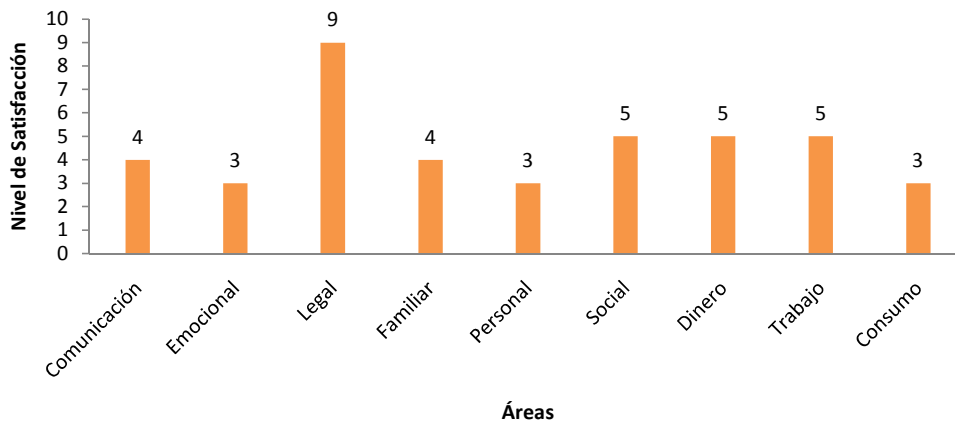
**Figura 5.** Cantidad de consumo anual en el usuario de sedantes

El usuario consumió durante un año rohypnol de 1 mg. cada cuatro horas diarias lo que equivale a 1095 pastillas (ver figura 5).



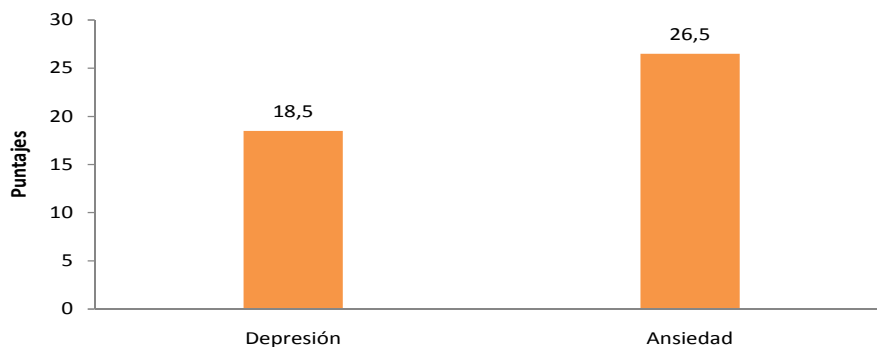
**Figura 6.** Situaciones de riesgo de consumo VS Autoconfianza para no consumir en tales situaciones

El promedio porcentual muestra las principales situaciones de riesgo de consumo: momentos agradables con otros (53%), presión social (38%), emociones agradables (38%) y emociones desagradables (31%). La autoconfianza más baja se encontró en emociones desagradables, conflicto con otros y momentos agradables con otros (ver figura 6).



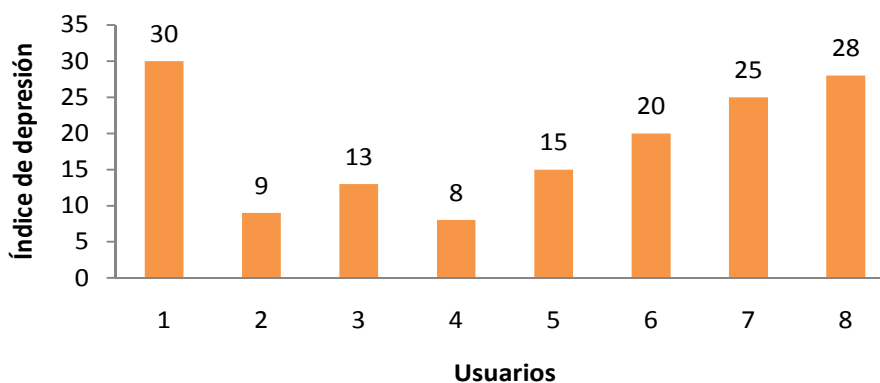
**Figura 7.** Nivel de satisfacción en la vida cotidiana

En todos los casos, se reportó un puntaje que indica un nivel de satisfacción cercana a 10 en el área legal de sus vidas, siguiendo en orden de importancia, la vida social, el dinero y el trabajo. En contraste, el área de menor satisfacción fue el consumo siguiéndole el funcionamiento emocional (ver figura 7).



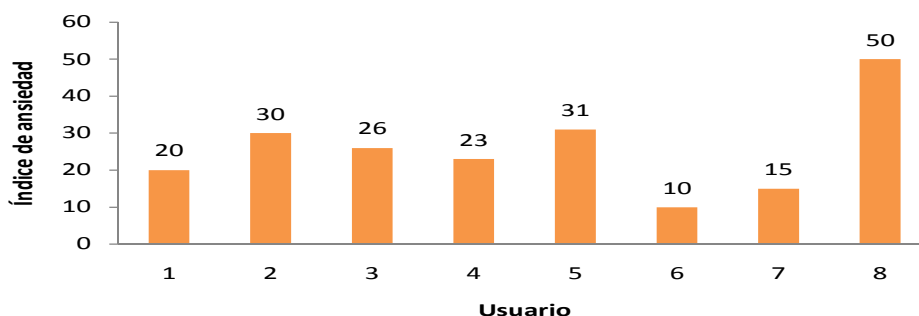
**Figura 8.** Índices de depresión y ansiedad

En promedio los usuarios reportan un nivel de depresión y un nivel de ansiedad moderada. Sin embargo, a nivel individual se reportan diferencias significativas, por un lado, en sus niveles de depresión y por otro, en sus niveles ansiedad (ver figura 8).



**Figura 9.** Índices de depresión

Por ejemplo, en el caso de los usuarios que consumen cocaína como sustancia principal el nivel de depresión se reportó variado. En usuarios que consumen otras sustancias como sedantes, marihuana e inhalables el nivel de depresión es mayor en comparación con aquellos que consumen cocaína (ver figura 9).

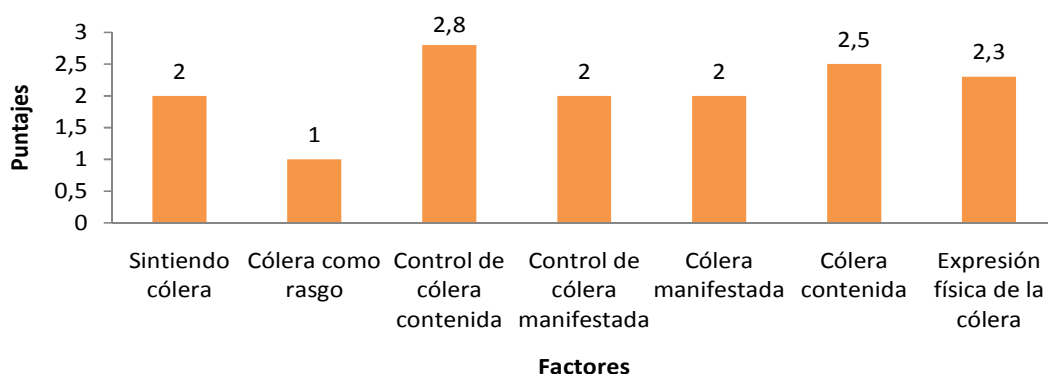


**Figura 10.** Índices de ansiedad

Los usuarios de cocaína presentan en general, un nivel de ansiedad moderada, no obstante, los usuarios que consumen inhalables y marihuana tiene un nivel de ansiedad leve, no así el usuario que consume sedantes, quien tiene un nivel de ansiedad más elevado en comparación con los otros usuarios (ver figura 10).

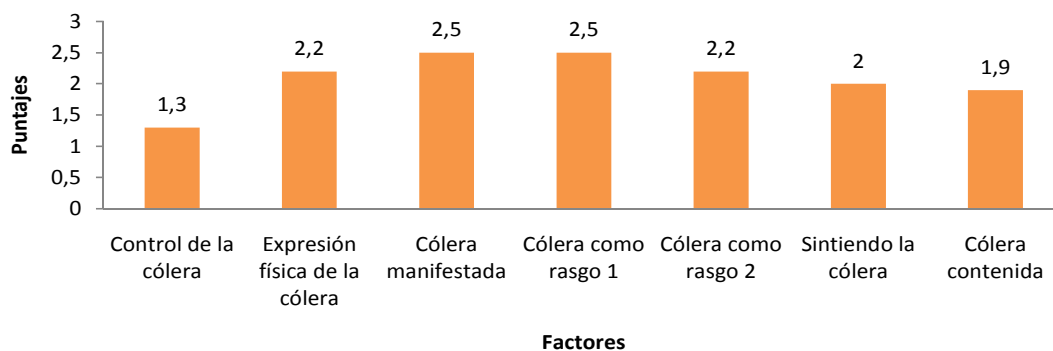
## Cólera y hostilidad

Se evaluó por separado hombres y mujeres. Se contaba con un solo caso femenino (consumo de inhalables) cuyos factores a evaluar fueron: sintiendo la cólera, cólera rasgo, control de cólera contenida, control de cólera manifestada, cólera manifestada, cólera contenida y sintiendo la cólera físicamente; los otros 7 casos fueron hombres y su evaluación fue conjunta con respecto a los 7 factores que corresponden a su género: control de la cólera, cólera manifestada, sintiendo la cólera y cólera contenida. En todos los casos se observa una intensidad elevada en todas las áreas a pesar de que a veces aplican estrategias de control, en otras áreas no aplican sus estrategias y expresan físicamente la cólera.



**Figura 11.** Índices de cólera y hostilidad en usuaria

La usuaria manifiesta un alto puntaje en control de cólera contenida, aunque manifiesta física y verbalmente la cólera dispone de pocas estrategias para controlarla por lo que su intensidad y duración son elevadas. Se reporta tener facilidad para enojarse (ver figura 11).

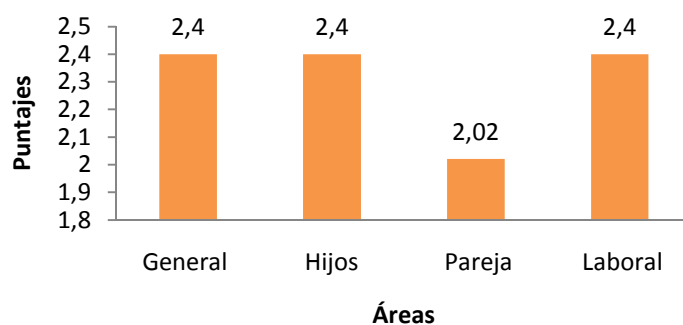


**Figura 12.** Índices de cólera y hostilidad en usuarios (hombres)

Los usuarios (hombres) tuvieron un alto puntaje en cólera manifestada y cólera como rasgo 1, lo cual contrasta con puntajes significativamente menores en relación al factor control de la cólera y cólera contenida. Por lo que se puede observar, los usuarios presentan un problema importante en el control de esta emoción negativa (ver figura 12).

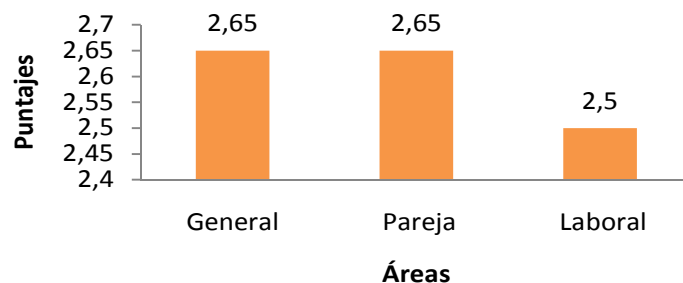
## Calidad de vida

Los usuarios fueron subdivididos en 2 grupos de acuerdo a sus características de vida. Se conjuntaron aquellos que cumplían con todos los factores del instrumento de calidad de vida: General, Hijos, Pareja y Laboral y por otro lado, aquellos que no cumplían con todos los factores. Los usuarios 1, 2,4, 5, 7 y 8 cumplían con todos los factores y los usuarios 3 y 6 no cumplían con el factor hijos por lo que se realizó una representación separada de sus resultados.



**Figura 13.** Nivel de calidad de vida (usuarios 1,2,4,5,7 y 8)

Los usuarios que cubrían todos los criterios del instrumento de calidad de vida muestran una mediana calidad de vida reflejada también en la relación con sus hijos, pareja y en el ámbito laboral, ello refleja la influencia negativa del consumo de sustancias en sus vidas (ver figura 13).



**Figura 14.** Nivel de calidad de vida (usuarios 3 y 6)

En el caso de los usuarios 3 y 6 el ámbito laboral tiene un puntaje similar que representa una mediana calidad de vida. Ambos usuarios son menores de 26 años. En las otras dos áreas: general y de pareja el puntaje promediado indica una mayor calidad de vida, lo cual puede deberse a que los usuarios son relativamente jóvenes y no han jugado aún roles sociales que les exijan mayor responsabilidad (ver figura 14).

A continuación, se presentan los componentes terapéuticos impartidos y las sesiones utilizadas en su desarrollo, incluyéndose solo aquellos que implicaron el tratamiento.

**Tabla 3. Componentes de Intervención del PSC**

<b>Usuario</b>	<b>Componentes</b>	<b>Técnicas de intervención</b>	<b>Sesiones</b>
<b>1 Cocaína</b>	❖ Habilidades de comunicación.	Asumir y compartir responsabilidades  Expresar desacuerdo  Recibir y hacer críticas positivas.	3
	❖ Control de tristeza	Cambio de pensamientos	
<b>2 Cocaína</b>	❖ Rehusarse al consumo	Reestructuración cognitiva Estrategias para rehusarse al consumo	5
	❖ Control de ansiedad	Respiración profunda Relajación progresiva	
	❖ Solución de problemas	Técnica de solución de problemas	
<b>3 Cocaína</b>	❖ Control de enojo	Distracción del pensamiento	1
<b>4 Cocaína y alcohol</b>	❖ Consejo marital	Peticiones positivas	1
<b>5 Cocaína y Alcohol</b>	❖ Control de ansiedad	Técnica de respiración correcta Relajación progresiva	2
	❖ Rehusarse al consumo	Reestructuración Cognitiva	
<b>6 Marihuana</b>	❖ Metas de vida cotidiana	Establecimiento de metas de vida cotidiana	2
	❖ Habilidades sociales y recreativas	Lluvia de ideas (Identificación de actividades que agraden)  Registro de actividades (permanentes y esporádicas)	
<b>7 Inhalables</b>	❖ Prevención de recaídas	Reestructuración cognitiva  Análisis de precipitadores (cadenas conductuales)	1
<b>8 Sedantes</b>	❖ Habilidades de comunicación	Dar reconocimiento  Compartir sentimientos	2

## **Alcances en los usuarios por componente terapéutico**

Fueron abstraídas algunas de las estrategias terapéuticas utilizadas en cada usuario, durante la intervención. A continuación se describen los alcances estimados por componente terapéutico.

### **Usuario 1 (Cocaína)**

#### **Componente: Habilidades de comunicación**

##### **Habilidad: Asumir y compartir responsabilidades, petición positiva**

**Situación:** El sábado mi esposa va a ir a una fiesta, me pide una semana antes que ese día, cuide a la niña.

El usuario piensa que la esposa no traerá a la niña temprano sino hasta muy tarde y afirma: “creo que esto no está bien para la niña” (sic. usuario), él sugiere decirle a la esposa que la traiga temprano a mas tardar a medio día pues no está de acuerdo en que la traiga momentos antes de irse a la fiesta (10 de la noche).

**Intervención:** Partiendo del comentario, se le sugiere utilizar la estrategia petición positiva, por ejemplo, mencionar las ventajas por la que conviene traer a la niña temprano, como descanso y seguridad. Se le pregunta además sobre otras formas de participar en el cuidado, atención y afecto hacia con la hija.

##### **Habilidad: Expresar desacuerdos**

**Situación:** “Cada semana le doy a mi esposa 300 pesos para cubrir los gastos de la niña, últimamente me pide más dinero pues dice que no le alcanza y esto me genera molestia y desconfianza” (sic usuario). El usuario piensa que si le da mas dinero lo utilizará para sus gastos personales y no tanto para su hija.

**Intervención:** Al usuario se le pregunta como es que llega a la conclusión de que el dinero será utilizado por su esposa para otra cosa que no sea su hija, y se le sugiere cambiar su pensamiento cuando no tenga evidencias que sostengan su molestia y desconfianza, por ejemplo, reconocer que ambos aportan para cubrir con las necesidades de su hija e identificar el cumplimiento de su responsabilidad que le permita la convivencia con la hija y así evitarse problemas legales.

##### **Habilidad: Recibir y hacer críticas positivas**

**Situación:** “Mi ex esposa y yo hacemos comentarios sobre como en un futuro ambos esperamos tener otra pareja, lo cual ha sido causa de discusiones y enojos y casi siempre terminamos ofendiéndonos”.

Ante este evento el usuario piensa que es mejor no tocar el tema y reservarse la información sobre la existencia de nuevas parejas en ambos.

**Intervención:** Se le sugiere que la decisión de cualquiera de los dos de iniciar una relación de pareja con otra persona debe ser afrontada y respetada y que esto no debe ser motivo de distanciamiento sobre la responsabilidad con su hija en común.



Cada uno de ahora tienen la posibilidad de seguir adelante con su vida personal pero ambos tienen siempre la responsabilidad de educar y atender a la niña.

**Tabla 4. Lista de cotejo Habilidades de comunicación**

	No la Domina	En Proceso	La Domina
<b>Lenguaje corporal</b>			
Muestra tranquilidad.		✓	
Actúa con seguridad.	✓		
Mira directamente a los ojos de quien le está hablando.		✓	
Su tono de voz es firme.		✓	
Muestra una actitud relajada.		✓	
<b>Habilidades</b>			
	No la Domina	En Proceso	La Domina
Sabe escuchar		✓	
Inicia Conversaciones			✓
Comparte sentimientos positivos y negativos		✓	
Ofrece entendimiento		✓	
Comparte o asume responsabilidad			✓
Ofrece Ayuda			✓
Da Reconocimiento		✓	
Recibe Reconocimiento		✓	
Solicita Ayuda			✓
Hace Críticas Positivas		✓	
Recibe Críticas			✓
Expresa Desacuerdo			✓

### Componente: Control de tristeza

#### Técnica: Cambio de pensamientos

**Situación:** “Estando internado pienso en tener una pareja cuando salga”.

**Pensamiento negativo:** “No voy a encontrar una pareja (pensamiento) esto me angustia y entristece” (emoción).

**Pensamiento positivo:** “No tendría que angustiarme por aquello que aún no ha ocurrido. Por ahora necesito mejorar mi salud y tengo que esforzarme no consumiendo”.

**Pensamiento negativo:** “Mi esposa no tendrá confianza en mí, pensará que no he cambiado y me negará ver a mi hija”.

**Pensamiento positivo:** “Lo que le diré es que tengo tiempo sin consumir. Le enseñaré mi prueba de abstinencia y le pediré tiempo para que en verdad observe que estoy cambiando para bien”.

**Tabla 5. Lista de cotejo Tristeza**

	No lo Domina	En Proceso	La Domina
<b>Cambio de pensamientos equivocados</b>			
Anota el suceso, pensamiento y emoción.			✓
Anota los pensamientos que contribuyen a entristecerle.			✓
Cuestiona los pensamientos negativos.		✓	

Busca alternativas a los pensamientos negativos.		✓
Construye pensamientos más realistas.	✓	
<b>Realización de actividades agradables</b>		
Lleva a cabo actividades personales.		✓
Lleva a cabo actividades de diversión o que disfrute y le proporcionen momentos agradables.		✓
Lleva a cabo actividades formativas.	✓	
Lleva a cabo actividades que fomentan las relaciones sociales.	✓	
<b>Búsqueda de lo positivo</b>		
Saca de sus vivencias diarias el máximo partido posible.	✓	
Identifica los beneficios y/o utilidad de las actividades diarias realizadas	✓	
Disfruta de actividades agradables.	✓	
Presta atención de los aspectos gratificantes derivados de la relación con otras personas.	✓	

## Usuario 2 (Cocaína)

### Componente: Rehusarse al consumo

#### Técnica: Cambio de pensamientos ante situaciones de riesgo

**Situación:** “Es de noche, terminó mi día de trabajo, caminando, atravieso la plaza de Garibaldi”.

**Pensamiento precipitador:** “Me gusta caminar entre la gente; esto me pone muy activo, se me antoja un poco de coca”.

**Pensamiento Positivo:** “Ese gusto o emoción después de consumir se convierte en tristeza, culpa y reproche, mejor me voy con mi familia que me espera”.

#### Estrategia: Interrumpir interacción

**Situación:** “Al salir, me dirijo hacia el transporte, con un compañero que también consume, veo que son las 3 de la mañana, hablamos de cualquier cosa, hasta que el o yo proponemos ir por cocaína”.

**Estrategia:** “Ya hablé demasiado, necesito ir a descansar, le digo al compañero que mañana tengo planes con mis hijos y que ya es muy tarde y me voy”.

#### Técnica: Reestructuración cognitiva

##### Ejemplo no. 1

**Pensamiento negativo:** “Puedo controlar mi consumo. El alcohol me ayuda a parar los efectos intensos de la euforia”.

**Pensamiento Positivo:** “No es verdad, no puedo controlarlos, eso me he dicho muchas veces y luego no paro de consumir. Si me mantengo sin consumo mi cuerpo me va a dejar de pedir más sustancias”.

**Tabla 6. Lista de cotejo Rehusarse al consumo**

	No la Domina	En Proceso	La Domina
<b>Lenguaje corporal</b>			
No está nervioso.		✓	
Actúa con seguridad.		✓	
Mira directamente a los ojos de quien le esta hablando.		✓	
Su tono de voz es firme.			✓
Muestra una actitud relajada.	✓		
<b>Habilidades</b>			
Se niega adecuadamente al ofrecimiento.	✓		
Rehúsa adecuadamente el consumo cambiando el tema de la plática.	✓		
Sugiere adecuadamente alternativas de consumo.	✓		
Rehúsa adecuadamente al consumo ofreciendo justificación.		✓	
Interrumpe la interacción adecuadamente cuando le ofrecen el consumo.		✓	
Se rehúsa adecuadamente utilizando la conducta de confrontar al otro.		✓	
Utiliza adecuadamente la reestructuración cognitiva para sustituir los pensamientos de consumo por otros positivos.		✓	

### **Componente: Control de la ansiedad**

**Situación:** “El lugar donde trabajo es un centro de espectáculos y siempre hay la oportunidad de consumir, esto me pone tenso”.

El nivel de ansiedad en una escala del uno al diez que presentaba el usuario antes de aplicar las estrategias era de 7.

**Intervención:** Se sugiere utilizar la técnica de respiración profunda y practicarla en situaciones de tensión como la descrita. La respiración profunda se ensayó en una ocasión durante la sesión terapéutica y el usuario la llegó a utilizar antes de comenzar su jornada laboral.

El nivel de ansiedad en una escala del uno al diez que presentaba el usuario después de aplicar la estrategia era de 2.

**Situación:** “Cuando trato de solucionar un conflicto familiar o negociar una deuda me pongo nervioso y me altero con facilidad”.

El nivel de ansiedad en una escala del uno al diez que presentaba el usuario antes de aplicar las estrategias era de 9.

**Intervención:** La técnica de relajación progresiva es practicada en dos ocasiones y se le sugiere hacerlo en situaciones que le generen ansiedad.

El nivel de ansiedad en una escala del uno al diez que presentaba el usuario después de aplicar la estrategia era de 3.

**Tabla 7. Lista de cotejo Ansiedad**

<b>Ansiedad</b>	No lo Domina	En Proceso	La Domina
<b>Respiración correcta</b>			
1. Inspira y el aire llega a la zona abdominal, el ritmo es mucho más lento y profundo.		✓	
2. Inspira y el aire llega a la zona pectoral, el ritmo es más lento.		✓	
3. Inspira y el aire llega a sus pulmones, el ritmo es rápido y superficial.		✓	
<b>Relajación muscular</b>			
1. Realiza la técnica de respiración correcta.		✓	
2. Tensa cada grupo muscular de 5 a 10 segundos a la vez que inhala el aire.		✓	
3. Relaja cada grupo muscular lentamente, de 10 a 15 seg. a la vez que exhala el aire		✓	
4. Se concentra en las sensaciones de tensión relajación.		✓	
<b>Relajación mental</b>			
1. Identifica lugares y situaciones que le resultan relajantes y no están asociados al consumo de alcohol o drogas.	✓		
2. Realiza el ejercicio de relajación muscular.	✓		
3. Imagina que está en uno de los lugares que identifico que le agradan por medio de las instrucciones del terapeuta.	✓		

**Componente: Solución de problemas**

**Descripción del problema:** “Mi esposa y yo tenemos dificultades para administrar el dinero y ahora estamos muy endeudados debido a mi adicción”.

**Opción no. 1:** “Conseguirme un trabajo adicional de medio tiempo”.

**Ventajas:** “Tendría otra entrada de dinero”

**Desventajas:** “Corro el riesgo de gastármelo y consumir más cocaína”

**Opción no. 2:** “Dar todo el dinero que percibo durante la quincena a mi esposa, incluyendo mis tarjetas de banco, dejando que ella controle el gasto familiar”.

**Ventajas:** “No gastaría dinero y así no tendría para comprar coca”.

**Desventajas:** “Mi esposa podría gastarse el dinero y violar el acuerdo”.

**Opción 3:** “Evitar gastar en familia más de la cuenta, generando otras alternativas de convivencia que impliquen menor gasto”.

**Ventajas:** “Gastar menos dinero, saldar deudas y empezar a pasar más tiempo juntos, lo cual, también evita que consuma”.

**Desventajas:** “Necesitamos organizarnos más y quizá esto podría generar tensión entre nosotros”.

**Mejor opción elegida: No. 3**

**Tabla 8. Lista de Cotejo Solución de problemas**

El usuario	No lo domina	En proceso	Lo domina
Identifica el problema claramente.			✓
Sugiere al menos tres alternativas de solución del problema.			✓
Analiza las ventajas y desventajas de cada solución.			✓
Toma una decisión sobre qué solución llevar a cabo.			✓
Identifica cómo llevar a cabo la solución.		✓	
Hace planes de acción para enfrentar los obstáculos que se le pudieran presentar al llevar a cabo la solución.	✓		
Evalúa cómo le fue con los resultados y qué tan satisfecho se siente con ellos.	✓		
Si fuese necesario, el usuario toma otra solución y hace los planes de acción correspondientes.	✓		

### Usuario 3 (Cocaína)

#### Componente: Control del enojo

#### Técnica: Distracción del pensamiento

**Situación:** “No me gusta que me contradigan y menos en cuestión de negocios, siento que soy bueno en eso y con mi socio casi llego a los golpes cuando me dice lo que tengo que hacer”.

**Estrategia:** “Intentar respirar o hacer alguna actividad agradable antes de ir al negocio y tratar con mi socio. Contar 1,2,3... mientras respiro profundamente. Evitar discusiones innecesarias, y si siento que no puedo en alguna ocasión, salirme del lugar y arreglar las cosas en otro momento”.

**Tabla 9. Lista de cotejo Control del enojo**

	No lo Domina	En Proceso	La Domina
<b>Tiempo fuera</b>		✓	
Se alejo de la situación físicamente		✓	
Se alejo de la situación psicológicamente		✓	
Utilizo la técnica llamada parada del pensamiento	✓		
Realiza alguna actividad que lo distraiga	✓		
<b>Distracción del pensamiento</b>			
Se concentra en lo que pasa a su alrededor	✓		
Practica alguna actividad mental		✓	
Hace ejercicio físico	✓		
Realiza respiraciones lentas y profundas		✓	
<b>Auto instrucciones positivas</b>			
Se dice a si mismo cosas positivas que le ayudan a contrarrestar su enojo, ejemplo: “creo que estoy exagerando, tengo que calmarme”		✓	

## Usuario 4 (Cocaína y Alcohol)

### Componente: Consejo Marital

En este caso, el usuario tiene problemas de comunicación con su esposa acerca de la crianza de sus hijos, esto los ha distanciado afectivamente a lo que, se le sugieren técnicas del componente consejo marital.

### Técnica: Peticiones positivas

#### 1.- El usuario inicia una conversación con algo positivo

“Tú has sido un ejemplo para nuestros hijos, siempre te haz preocupado por lo que a ellos les pasa, estas al pendiente de sus necesidades”.

#### 2.- Solicita amablemente la conducta deseada

“Yo quisiera que compartiéramos la educación de nuestros hijos, pues siento que me he desobligado debido a mis problemas y eso nos afecta a todos”.

#### 3.- Señala las ventajas de utilizar esa conducta

“De esta manera ellos notarán que nos ponemos de acuerdo y que a los dos nos preocupa lo que les sucede”.

#### 4.- Ofrece ayuda

“yo reviso sus tareas por una semana y tu la siguiente, si quieres”.

**Tabla 10. Lista de cotejo Consejo Marital**

	No lo Domina	En Proceso	La Domina
<b>Reconocimiento diario</b>		✓	
1. Inicia Conversaciones que agraden a la Pareja			
2. Escucha Conversaciones que le agraden a su pareja	✓		
3. Expresa Reconocimiento a su pareja por Conducta		✓	
4. Expresa Reconocimiento a su pareja por Cualidad		✓	
5. Da una sorpresa agradable a su pareja	✓		
6. Expresa muestras de afecto físico y verbal a su pareja		✓	
7. Ofrece ayuda a su pareja sin que se la soliciten		✓	
<b>Peticiones positivas</b>			
1. Identifica lo que le molesta de su pareja			✓
2. Identifica la conducta que le gustaría que ocurriera y que sustituye a la que le molesta o no le agrada	✓		
3. Expresa reconocimiento a su pareja	✓		
4. Solicita la ocurrencia de esa conducta	✓		
5. Señala los beneficios de la ocurrencia de esa conducta que solicita a su pareja	✓		

## Usuario 5 (Cocaína y Alcohol)

### Componente: Control de ansiedad

**Respiración profunda:** Esta técnica se ensayó durante el internamiento. El usuario comentó que podría ser útil en situaciones que disparasen su necesidad de consumir al sentir sed, sensación de ahogo y de calor.

**Relajación progresiva:** Se practicó en el trabajo y para la comunicación con los compañeros.

**Tabla 11. Lista de cotejo Ansiedad**

	No lo Domina	En Proceso	La Domina
<b>Respiración correcta</b>			
1. Inspira y el aire llega a la zona abdominal, el ritmo es mucho más lento y profundo.		✓	
2. Inspira y el aire llega a la zona pectoral, el ritmo es más lento.		✓	
3. Inspira y el aire llega a sus pulmones, el ritmo es rápido y superficial.		✓	
<b>Relajación muscular</b>			
1. Realiza la técnica de respiración correcta.		✓	
2. Tensa cada grupo muscular de 5 a 10 segundos a la vez que inhala el aire.		✓	
3. Relaja cada grupo muscular lentamente, de 10 a 15 seg. a la vez que exhala el aire		✓	
4. Se concentra en las sensaciones de tensión relajación.		✓	
<b>Relajación mental</b>			
1. Identifica lugares y situaciones que le resultan relajantes y no están asociados al consumo de alcohol o drogas.	✓		
2. Realiza el ejercicio de relajación muscular.	✓		
3. Imagina que está en uno de los lugares que identifico que le agradan por medio de las instrucciones del terapeuta.	✓		

### Componente: Rehusarse al consumo

#### Técnica: Reestructuración cognitiva

**Pensamiento negativo:** “Me siento aburrido, no tengo amigos, necesito sentirme acompañado y el consumir me hará sentirme mejor”.

**Pensamiento Positivo:** “No me convence consumir porque necesito hacer muchas cosas por mi familia, tengo a mi hijo, a pesar de todo, cuento con su apoyo, debo estar agradecido y ayudarles, dejar de ser egoísta”.

**Tabla 12. Lista de cotejo Rehusarse al consumo**

	No la Domina	En Proceso	La Domina
<b>Lenguaje corporal</b>			
No está nervioso.	✓		
Actúa con seguridad.			✓
Mira directamente a los ojos de quien le esta hablando. Su tono de voz es firme.		✓	✓
Muestra una actitud relajada.	✓		

Habilidades	No la Domina	En Proceso	La Domina
Se niega adecuadamente al ofrecimiento.		✓	
Rehúsa adecuadamente el consumo cambiando el tema de la plática.	✓		
Sugiere adecuadamente alternativas de no consumo.			
Rehúsa adecuadamente al consumo ofreciendo justificación.	✓		
Interrumpe la interacción adecuadamente cuando le ofrecen el consumo.	✓		
Se rehúsa adecuadamente utilizando la conducta de confrontar al otro.	✓		
Utiliza adecuadamente la reestructuración cognitiva para sustituir los pensamientos de consumo por otros positivos.		✓	

## Usuario 6 (Mariguana)

### Componente: Metas de vida cotidiana

#### Ejemplo no. 1 En el área de sobriedad

**Meta:** Mantener abstinencia de mariguana entre semana y los fines de semana.

**Plan de acción:** Durante la semana programar actividades antes y después de la jornada laboral. Por ejemplo, antes de ir al trabajo tocar un rato la guitarra y después de salir del trabajo comer con mi familia y salir a platicar con amigos que no consuman. Acudir dos veces por semana a mis terapias. Practicar las estrategias vistas en sesión. Destinar el tiempo de los fines de semana a la realización de labores domésticas en mi casa como arreglar mi cuarto o ayudarlo a mis padres en otras actividades y por las tardes rentar una película, verla con amigos y leer por las noches.

#### Ejemplo no. 2 En el área de manejo de dinero

**Meta:** Ahorrar dinero en un plazo de 6 meses

**Plan de acción:** Reducir mis gastos en un 50%, utilizando mi ingreso solo para cubrir necesidades básicas como pasajes y comida. Incluir en mi vida diaria actividades recreativas que no me generen tanto gasto como practicar patinaje, leer, aprender a tocar guitarra. Evitar comprarme ropa y discos durante los próximos ocho meses.

**Tabla 13. Lista de cotejo Metas de vida cotidiana**

	No lo Domina	En Proceso	Lo Domina
El usuario Evalúa qué tan satisfecho se siente en las diferentes áreas de vida.			✓
Entiende la necesidad de establecer sus propias metas para incrementar su satisfacción en las diferentes áreas de su vida analizando las ventajas de establecer esas metas.			✓
Establece una meta por cada área de vida (la meta debe ser breve, positiva y medible).		✓	
Realiza planes de acción para alcanzar sus metas contemplando los obstáculos que se le pudieran presentar.		✓	
Analiza la lectura de los 12 hilos de oro para comentarla y adaptarla a sus metas.			✓
Vuelve a evaluar su nivel de satisfacción en las diferentes áreas de vida, después de establecer sus metas.		✓	



## Componente: Habilidades sociales y recreativas

### 5 actividades sociales y recreativas que me gustaría realizar:

Actividad	Frecuencia y Momento
✓ Asistir al cine	1 vez cada 15 días (fines de semana)
✓ Asistir al teatro	1 vez cada dos meses (fines de semana).
✓ Componer canciones en guitarra	2 veces por semana (durante la semana) antes de ir a trabajar.
✓ Patinar	1 veces por semana (durante la semana) después de salir de trabajar.
✓ Actualizar mis conocimientos de Estética	1 vez cada 6 meses (durante la semana). Antes de la jornada laboral.

**Actividad permanente no. 1:** Asistir a cursos de actualización en estética.

**Actividad permanente no. 2:** Tocar guitarra y componer canciones.

**Actividad esporádica:** Asistir al teatro y/o cine con amigos que no consuman.

**Tabla 14. Lista de cotejo Habilidades sociales y recreativas**

	No lo domina	En proceso	Lo domina
El usuario entiende la importancia de tener actividades sociales y recreativas.			✓
Identifica 5 actividades que le gustaría realizar y 5 personas no consumidoras con la que podría realizarlas.			✓
Decide qué actividades realizar con ayuda de la lista de las opciones que le ofrece su comunidad.			✓
Elige actividades que tienen mayor probabilidad de ocurrencia, por ejemplo, las actividades que le gusten o que le gustaría realizar.			✓
Es capaz de resolver los obstáculos que se le pudieran presentar para llevar a cabo las actividades.		✓	
Elige tres actividades semanales que le gustaría realizar, dos permanentes y una esporádica.			✓

### Usuario 7 (Solventes)

#### Componente del PSC: Prevención de recaídas

##### Técnica: Reestructuración cognitiva

##### Ejemplo no. 1

**Pensamiento negativo:** “Los amigos que tengo son con los que consumo, de ahí en fuera no encuentro a nadie más”.

**Pensamiento Positivo:** “Si yo quiero, puedo tener otra clase de amigos, un medio es la escuela, pues todos los amigos que tengo no estudian, todos viven en las calles o en los albergues, si estudio conoceré a otras personas que no consumen”.

## Ejemplo no. 2

**Pensamiento negativo:** “El enojo y la culpa que me da cuando me enojo y le pego a mi hija ha hecho que consuma”.

**Pensamiento Positivo:** “Mi hija es mi principal motivación para dejar de consumir y puedo tranquilizarme y luego explicarle la indicación de que y cómo hacer lo que le pido”.

### Cadena conductual de consumo

**Precipitador 1:** Necesitaba para comer en el día fui con una amiga, vendimos algo.

**Precipitador 2:** Nos reunimos con unos amigos de la calle, les invitamos lo que compramos, todos comimos.

**Precipitador 3:** Se volvió luego una reunión entre amigos.

**Precipitador 4:** Estoy mas de dos horas, y comienza alguien a pasar la mona, yo me siento relajada.

**Conducta:** Consumo por 3 horas, no llego en la noche para ver a mi hija.

### Cadena conductual de cambio

**Precipitador 1:** Tomar mi terapia en la mañana.

**Precipitador 2:** Desayunar y/o comer con mi hija después de terapia.

**Precipitador 3:** Luego ir a la escuela de computación.

**Precipitador 4:** Ver en la tarde la televisión con mi hija o jugar con ella y así podremos mejorar nuestra relación.

**Precipitador 5:** Revisar lo visto en la clase de computación, hacer la tarea.

**Conducta:** No tengo tiempo de consumir, me acuesto temprano por todo lo que hice en el día.

**Tabla 15. Lista de cotejo Prevención de Recaidas**

<b>El usuario</b>	No lo domina	En proceso	Lo domina
Entiende lo que es y para qué sirve el análisis funcional de la conducta de consumo.			✓
Identifica los precipitadores internos y externos, las consecuencias positivas y negativas de un ejercicio del análisis funcional.			✓
Identifica eficazmente sus precipitadores internos y externos, describe las características de su conducta de consumo		✓	
Rompe una cadena conductual de su conducta de consumo.		✓	
Hace planes de acción realista y eficaz para enfrentar cada precipitador de la conducta de consumo.		✓	
Enfrenta como mínimo tres situaciones de riesgo en escenario natural utilizando sus planes de acción.		✓	

## Usuario 8 (Sedantes)

### Componente: Habilidades de comunicación

#### Habilidad: Dar reconocimiento al otro

**Situación:** Mi madre se encargó de buscar un lugar para que me internase y así rehabilitarme y por ello, quiero comunicarle lo agradecido que estoy por su apoyo.

**Habilidad:** “Mamá quiero agradecerte por tu apoyo en los momentos más difíciles de lucha por mi adicción ya que de esta manera, siento mayor confianza para evitar consumir”.

#### Habilidad: Compartir sentimientos

**Situación:** Cuando volví a consumir, mi esposa se fue de la casa y sentí culpa.

**Habilidad:** Decirle a mi esposa que entiendo su molestia, disculparme y aceptar que sí ella decidió irse es en parte, una de las consecuencias de mi consumo. Comprometerme a la abstinencia y pedirle tiempo para cumplirlo.

**Tabla 16. Lista de cotejo Habilidades de comunicación**

	No la Domina	En Proceso	La Domina
<b>Lenguaje Corporal</b>			
Muestra tranquilidad.		✓	
Actúa con seguridad.		✓	
Mira directamente a los ojos de quien le está hablando.			✓
Su tono de voz es firme.		✓	
Muestra una actitud relajada.	✓		
<b>Habilidades</b>	No la Domina	En Proceso	La Domina
Sabe escuchar			✓
Inicia Conversaciones		✓	
Comparte sentimientos positivos y negativos			✓
Ofrece entendimiento			✓
Comparte o asume responsabilidad		✓	
Ofrece Ayuda	✓		
Da Reconocimiento		✓	
Recibe Reconocimiento		✓	
Solicita Ayuda			✓
Hace Críticas Positivas		✓	
Recibe Críticas			✓

## CONCLUSIONES

El reporte de casos presentado expone los alcances del PSC en 8 usuarios con dependencia sustancial y/o severa de sustancias que acudieron a un centro de tratamiento residencial y de consulta externa. Se considera que un correcto proceso de evaluación basado en la realización de un análisis funcional de la conducta de consumo (que quiere ser eliminado) y de no consumo (que pueda ser mejorado y/o ampliado) es cuando menos, un alcance válido de la aplicación del PSC en este tipo de escenarios clínicos.

En todos los casos la evaluación de los resultados se realizó mediante el testimonio y la observación de los usuarios en referencia a los cambios en la frecuencia de las conductas problema durante su internamiento (usuarios 3, 4, 5 y 7) o en su caso, en la vida cotidiana, para aquellos atendidos mediante consulta externa (usuarios 6 y 8, en el caso del usuario 1 después de terminado su lapso de 40 días de internamiento) o bien, aquellos que iniciaron su tratamiento en consulta externa y luego lo continuaron bajo la modalidad residencial (usuario 2).

El nivel de emociones negativas como depresión y ansiedad, en la mayoría de los usuarios fue moderado. La administración farmacológica en los casos (sobre todo en aquellos usuarios que se mantuvieron internados) reforzó negativamente estados emocionales negativos (tristeza, enojo, ansiedad, etc.) que pudieron en algún momento, amenazar su permanencia en el tratamiento. Sin embargo, la atención prestada por la terapeuta reforzó positivamente el hecho de que mantuvieran su estancia en el tratamiento en la etapa de internamiento.

Las listas de cotejo de cada uno de los componentes impartidos refleja para la mayoría de los casos, que las habilidades y destrezas se encontraban en proceso de ser dominadas, en tal caso, podría ser necesario, en futuras intervenciones, asegurar su práctica y evaluación en escenarios reales, de esta manera, los usuarios tendrían mayor oportunidad de dominarlas.

Los objetivos generalmente aceptados de un tratamiento incluyen: 1) Reducción sostenida o abstinencia del consumo de sustancias, 2) Mejoría en la salud y en el funcionamiento social del individuo y 3) Reducción de los costos en la utilización de servicios de salud. (González, Solís y Sánchez, 2006). En el caso de la intervención presentada podría afirmarse que los participantes iniciaban una mejoría en la salud, aunque, no puede concluirse del todo que lograron una reducción sostenida o abstinencia en el consumo de las sustancias pues el internamiento en sí mismo, en la mayoría de los casos, lo impuso.

Aunque los resultados de la evaluación en cada usuario señalan que el PSC puede ser un tratamiento promisorio en la evolución clínica de los casos, la muestra estudiada fue pequeña y el tiempo de aplicación del programa no fue suficiente para determinar su efectividad. Una de las variables que puede influir en la no continuación de los usuarios en el PSC podría ser la reincorporación de estos a sus contextos naturales y el que no practiquen las estrategias impartidas durante el tratamiento una vez que éstos terminen su internamiento.

Se añade una observación más, referida a las condiciones del contexto de internamiento, pues la dinámica de rehabilitación de los usuarios consiste en participar de manera simultánea en varios programas de intervención como terapia familiar, terapia individual, terapia de grupo, etc. Estas condiciones obedecen a una atención interdisciplinaria, sin embargo, sería recomendable que en la práctica se reflejara su integración en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos particulares de cada usuario. Por lo que se sugiere, que la comunicación entre los clínicos sobre ciertos casos y aspectos particulares debe ser más directa y proactiva y no basarse únicamente en la revisión de los expedientes que reporten actividades en el tratamiento.

Las funciones de cada clínico en la práctica deben ser delimitadas y al mismo tiempo, complementarias; se considera que en este punto, se necesita una comunicación de mayor calidad que implique el reconocimiento de la participación de cada profesional así como la precisión y el reconocimiento de la utilidad de su intervención en todo el proceso de rehabilitación.

Finalmente, se destaca la necesidad de comprender los componentes dinámicos del proceso terapéutico, incluyendo las características de los usuarios, la participación del programa, la relación terapéutica, el cambio conductual y el funcionamiento psicosocial una vez terminada la etapa de internamiento.

## REFERENCIAS

- Annis, H. M. (1982). Situational confidence questionnaire. *Addiction Research Foundation. Toronto.*
- Annis, H. M., & Martin, G. (1985). Inventory of Drug Taking Situations. Toronto: *Addiction Research Foundation of Ontario.*
- Annis, H. M., & Martin, G. (1985). The Drug-Taking Confidence Questionnaire. Toronto: *Addiction Research Foundation of Ontario.*
- Annis, H. M., Graham, J., & Davis. (1987). Inventory of Drinking Situations Users Guide. *Addiction Research Foundation.*
- Barragán, L. González J, Medina-Mora M. E. y Ayala, H.V. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual par usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana, un estudio piloto, *Salud Mental, Vol. 28, No. 1, Febrero.*
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A . (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.*
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8, 77-100.*
- De la fuente, V. M. y Villalpando, U. J. (2001). *Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas.* Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

- Encuesta Nacional de adicciones. (2003).Secretaria de Salud, México
- González-Cantú, H., Solís-Rojas, L. y Sánchez- Solís, A. (2006). *Evaluación de un Centro de Tratamiento Ambulatorio para alcoholismo a través de indicadores de desempeño y su relación con las características socio demográficas de los usuarios*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Marlatt, G. & Gordon J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press, Nueva York.
- Moscoso, M. (2000). Estructura factorial del inventario multicultural latinoamericano de la expresión de la cólera y la hostilidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 32 No. 2 pp. 321 – 343.
- Palomar, J. (1995). *Diseño de un instrumento de medición sobre calidad de vida*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM.
- Sobell, M. & Sobell, L. (1993). *Treatment for problem Drinkers: a Public Health Priority*. En Baer, J., Marlatt, G. & MyHahon, R. (Eds). *Addictive Behaviors Across the Life Span: Prevention, Treatment and Policy Issues*. Sage, Newbury Park.
- Wechsler, D. (1956). *La medición de la inteligencia en el adulto*. Editado por cultural, la Habana Cuba.

# Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema

## Reporte de Caso

El modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema es una intervención cognitivo-conductual para usuarios de alcohol que busca cambiar su conducta de consumo a través del cumplimiento de dos metas de tratamiento: moderación o abstinencia. El siguiente reporte de caso muestra como un bebedor problema bajo este modelo modera su conducta de consumo.

### Admisión

La admisión es la primera sesión del modelo. Sus objetivos e instrumentos son:

- 1) Ubicar la etapa de cambio en que se encuentra el usuario
- 2) Conocer el grado de dependencia al alcohol
- 3) Determinar si este es candidato para ingresar al programa

**Tabla 1. Instrumentos de admisión**

<b>Instrumentos</b>	<b>Características</b>
<b>Cuestionario de preselección</b>	Verifica si el candidato al programa reúne los requisitos como son tener 18 años de edad, saber leer y escribir, tener un domicilio permanente trabajar y vivir con su familia. A su vez explora síntomas debidos al cese de consumo excesivo.
<b>Entrevista inicial</b>	Se obtiene información sobre datos de identificación del usuario, motivos por los cuales busca tratamiento, si es que ha tenido intentos previos de tratamiento o ayuda, situación laboral, historia de consumo de alcohol, de drogas, así como sus problemas asociados.  Mide la dependencia de alcohol en bebedores excesivos de baja a moderada. Consta de 15 reactivos cuyos puntajes van de 0 a 45 puntos.
<b>BEDA</b>	Una dependencia baja es de 0 a 10 puntos, Media de 11 a 20 puntos. Pueden participar en el modelo aquellos usuarios que obtengan un puntaje entre 11 y 15 puntos que corresponden a una dependencia media a alta Y 21 a 45 puntos corresponden a una dependencia alta, los usuarios que así lo puntúen no son aptos para el programa.
<b>Subprueba Pistas</b>	Pertenece a la prueba de inteligencia de Halsted-Reitan (1985) mide un posible daño cognitivo como consecuencia del consumo de alcohol. Se conforma por dos partes: Prueba A: con una serie de números en orden ascendente y Prueba B: con una serie de números combinada con las letras del alfabeto. Tiene un límite de aplicación de 1 minuto para la prueba A y 2 minutos para la prueba B.
<b>Formato de consentimiento</b>	Especifica los compromisos del usuario con respecto al desarrollo del programa: contestar algunos cuestionarios, leer materiales, realizar ejercicios relacionados con las lecturas asignadas, llevar un registro diario del consumo de alcohol y comprometerse a terminar el tratamiento. Además se considera el registro de un colateral como una fuente de información en apoyo al usuario.

La entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991) ayuda a facilitar el cambio en los usuarios. En ella se consideran los principios de: expresar empatía, desarrollar discrepancias, evitar discusiones-argumentaciones, manejar la resistencia, no usar etiquetas y apoyar la autoeficacia.

El estilo motivacional en la admisión aumenta el grado de complejidad, mejora la adherencia y participación activa del usuario y en este caso, puede combinarse exitosamente con modelos de tratamiento cognitivo-conductuales (Miller y Rollnick, 1991). Antes de conocer al motivo de consulta se sugiere establecer una comunicación abierta que genere confianza en el usuario y le permita manifestar su demanda de tratamiento.

La fase de escucha del problema debe permitir la explicación de las pretensiones, dificultades, expectativas, anhelos y asociaciones que el usuario hace a través de su consumo de alcohol (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Escuchar consiste en seguir al usuario de manera activa en sus respuestas verbales y no verbales y retroalimentarlo.

La motivación al cambio se puede incrementar preguntando acerca de las consecuencias negativas médicas o conductuales tras un episodio de consumo. También preguntar sobre las consecuencias negativas observadas en personas cercanas, puede resultar útil. Por último, se puede informar al usuario sobre las consecuencias negativas que no conozca o no haya mencionado.

## **Reporte sesión de admisión**

### **Datos generales**

- Masculino
- 28 años
- Casado (4 años)
- Secundaria terminada
- Carpintero

JF vive en matrimonio desde hace 4 años, tiene un hijo de dos años de edad. Lleva trabajando como carpintero cerca de 13 años y es quien aporta el ingreso principal en su hogar, aunque también, su esposa contribuye al laborar tiempo completo como obrera.

JF vive en casa de sus suegros y ejerce sus labores como carpintero en un taller que se encuentra en casa de sus padres, es decir, trabaja en el lugar donde vive su familia de origen y vive en casa de sus suegros. JF y su esposa planean ahorrar para vivir de manera independiente.

Durante la entrevista no se observó daño cognitivo ocasionado por el consumo. Su discurso fue tímido pero congruente. Tampoco se encontraron alteraciones en su memoria a excepción de que no recordaba claramente el orden de las letras del abecedario en la prueba de PISTAS.

No reportó haber presentado alucinaciones por consumo excesivo.



Su nivel de atención y comprensión eran adecuados.

Se percibió una personalidad introvertida.

El usuario, durante la entrevista, mostró una actitud amable y cooperadora así como un interés por saber en que consistiría su tratamiento.

### **Motivo de consulta**

La demanda de JF estaba en función de las consecuencias negativas que desde hace 2 años atrás vivía por consumir excesivamente alcohol los fines de semana. Su patrón de consumo era de manera frecuente y explosiva (los fines de semana: viernes y/o sábado por la tarde, después de terminar su jornada laboral).

Las principales consecuencias negativas, producto de su patrón de consumo apuntaron a su relación de pareja, pues no cumplía con acuerdos personales como salidas con la familia nuclear, no llegaba a una hora acordada a casa, y la economía familiar también estaba afectada ya que en ocasiones llegaba a gastar cerca del 80% de su salario en beber.

Los datos obtenidos durante la entrevista de admisión muestran que JF tenía 10 años de consumo. Poco después de casarse este consumo se convirtió en algo problemático, afectando su relación de pareja. Aunque no había existido aún una separación por mas de 3 días, si había un deterioro en la relación debido a la presión que la esposa ejercía para que éste dejase de tomar “si no dejas de beber creo que no tiene caso seguir juntos” (sic esposa) siendo la manera recurrente de enfrentarlo, bebiendo.

El estado de ánimo de JF en el trabajo, días después de haber bebido, era de irritabilidad aunque no de aburrimiento.

En ocasiones padecía de insomnio hasta por 3 días consecutivos.

El puntaje obtenido en el BEDA fue de 20 puntos que corresponden a una dependencia media.

En la prueba de PISTAS su nivel de atención y comprensión de las instrucciones fue adecuado. El tiempo en la primera prueba fue de 56 seg. No obstante, en la segunda mostró nerviosismo y admitió no acordarse bien del abecedario, el comentario hecho por parte de la terapeuta fue que no había problema. Aunque, en la 2ª prueba del PISTAS no se cubrió el tiempo límite requerido (120 seg.), se observaron capacidades de atención y comprensión a lo largo de la entrevista.

El programa de Autocontrol Dirigido para Bebedores Problema sugiere como a un buen candidato, aquel usuario que tenga un puntaje menor de 25 puntos en la prueba de BEDA. JF cubría con dicho puntaje.

La etapa de cambio detectada fue la de acción, que se caracteriza por la realización de actividades a favor de resolver el problema de consumo. Se observó determinación en el usuario para modificar su consumo a pesar de ser éste su primer intento de búsqueda profesional para resolver su problema.

JF contaba con una red de apoyo además de su esposa, su familia paterna.

JF tenía pocas amistades no relacionadas con el consumo.

En su historia de consumo se encontró el hecho de acudir a un retiro espiritual un año atrás de la entrevista inicial que le permitió lograr una abstinencia de 3 meses.

## Evaluación

**Objetivo: “Obtener información en relación a la historia y el patrón de consumo, así como sus principales situaciones de riesgo y autoeficacia con relación a éstas”.**

Los Instrumentos aplicados fueron:

**Tabla 2. Instrumentos de evaluación**

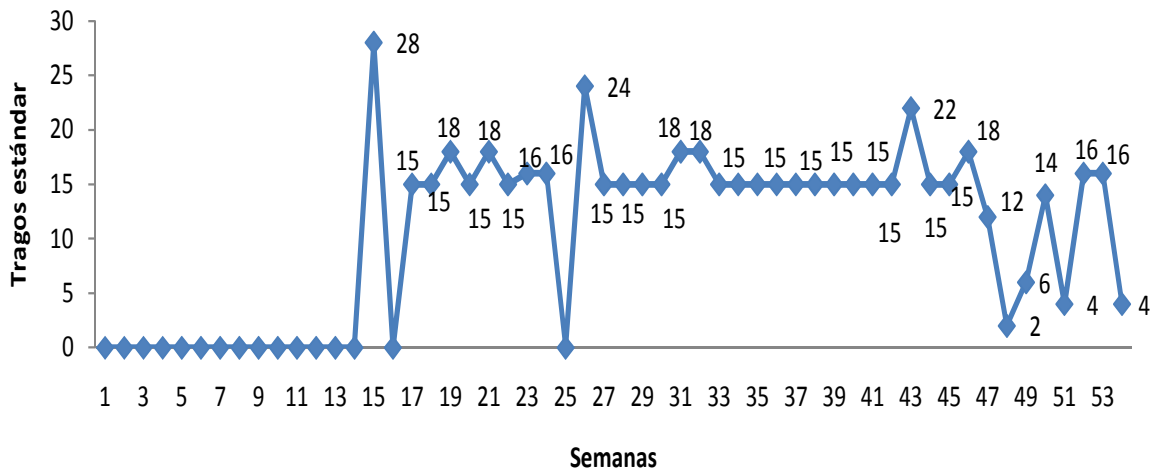
Instrumentos	Características
<b>Línea Base Retrospectiva (LIBARE)</b> (Sobell et al., 1992).	Determina el patrón de consumo del usuario en los últimos 360 días anteriores a la entrevista. Es un método que ha demostrado validez y confiabilidad para medir cantidad, frecuencia y variabilidad del consumo de alcohol.
<b>Inventario de Situaciones de Consumo de alcohol (ISCA)</b> (Annis y Martin, 1985; traducción y adaptación Echeverría y Ayala, 1997).	Tiene como objetivo medir las situaciones principales de consumo (en una escala de 4 puntos que va de nunca a casi siempre) compuesto por 100 reactivos.
<b>Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS)</b> (Annis y Martin, 1985).	Permite medir la variable de autoeficacia (Bandura, 1982), creencia que tiene el individuo sobre su habilidad para afrontar en forma efectiva, situaciones de alto riesgo, en este caso ante el consumo de alcohol.

## Reporte de evaluación (Diagnóstico)

El problema de consumo de alcohol en el usuario se define por:

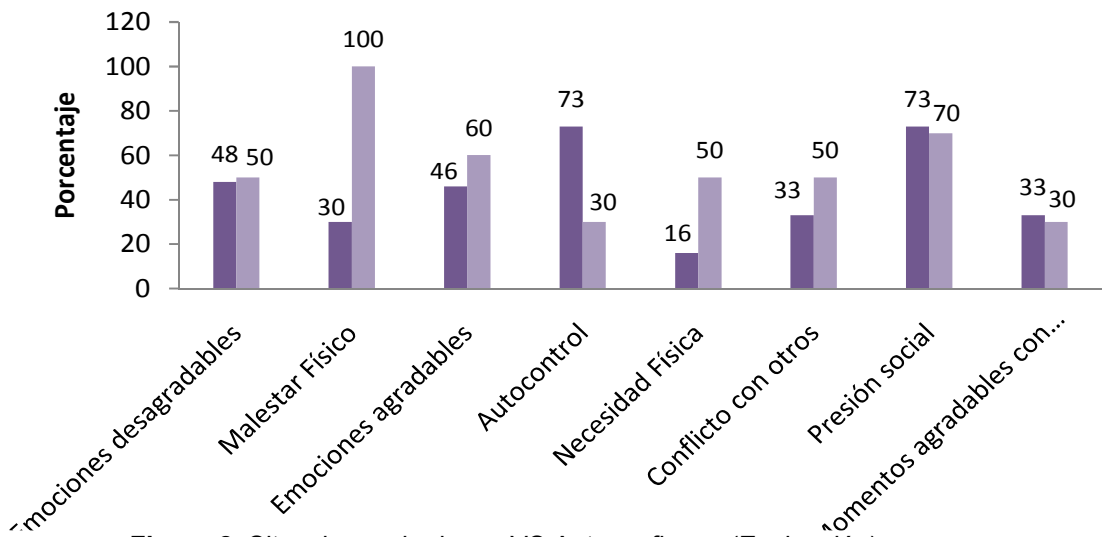
- Consumir un 70% cerveza, un 20% vino y un 10% destilados.
- Presentar un patrón de consumo explosivo, los fines de semana.
- Consumo total de 570 tragos, siendo los días de mayor cantidad de consumo los sábados, aunque en los días viernes y domingos también se observaron consumos excesivos (ver figura 1).
- Un consumo promedio por ocasión de: 8 tragos
- Número máximo de bebidas alcohólicas por ocasión: 16 tragos
- Número máximo de días de abstinencia continua: 90 días
- Los consumos más elevados se presentaron en los meses de octubre 2005 a mayo del 2006.

- Durante el año pasado no bebió el 81% del tiempo, tuvo un consumo moderado de 8% y un consumo muy excesivo del 10%.



**Figura 1.** Cantidad y frecuencia de consumo antes de la intervención LIBARE

- Se presenta consumo de tabaco (desde hace 8 años) con un promedio de 7 cigarros diarios.
- Autocontrol, presión social y emociones agradables fueron las principales situaciones de riesgo con un nivel de autoconfianza relativamente menor. (autocontrol 30%, presión social 70%, y emociones agradables 60%) (ver figura 2).



**Figura 2.** Situaciones de riesgo VS Autoconfianza (Evaluación)

Los recursos y déficits del usuario, se sintetizan en el siguiente recuadro:

**Tabla 3 Recursos y Déficits**

Recursos	Déficits
● Red de apoyo significativa: esposa y familia de origen.	● Dificultades para hacer frente a situaciones de presión social.
● Aceptación y compromiso en la solución de su problema de consumo.	● Sentimientos de incapacidad para autocontrolar su forma de beber.
● Constancia en el trabajo, empleo estable	● Baja autoeficacia con respecto al cambio
● Actitud abierta de escucha frente a la terapeuta.	● Sentimientos de culpa frente a las dificultades de relación (esposa) debido al consumo.
● Logro de abstinencia por 3 meses.	

### Primera Sesión: Decisión de cambio y establecimiento de metas

**Objetivo: “Analizar los pros y los contras de modificar o de continuar con el consumo, identificar sus principales razones de cambio y establecer una primer meta de consumo durante los próximos meses (abstinencia o moderación)”.**

Una de las más frecuentes preocupaciones de los usuarios de sustancias es tomar una decisión con respecto a su conducta de consumo. Los usuarios suelen dar más valor a los efectos inmediatos positivos que les genera el consumir que a los efectos mediatos, generalmente negativos. Al permitir la expresión de sentimientos encontrados se brotan las discrepancias (Graña, 1994). Durante la sesión se intenta ayudar al usuario a clarificar sus pensamientos vinculados con la decisión de dejar o no de consumir alcohol y resolver la ambivalencia (elemento perturbador de la decisión de cambio).

### Reporte Primera Sesión

Fueron discutidos con el usuario los beneficios y los costos de cambiar ó continuar con su patrón de consumo.

**Tabla 4. Balance Decisional**

	Cambiar mi forma de beber	Continuar con mi forma de beber
<b>Beneficios</b>	Estaría bien con mi esposa	Sacio la sed
	Le pondría mayor atención a mi hijo	Me siento más a gusto
	Tendría un mejor trabajo Ganaría más dinero	Me relajo
	Mejoraría mi salud	
	Me sentiría más contento con los que convivo	

<b>Costos</b>	Sentirme irritable	Problemas con mi pareja
	No relajarme	Daño a mi salud

### Razones de Cambio

- “Al controlar mi forma de beber evitaré pelear con mi esposa, pues en discusiones la he llegado a ofender verbalmente”.
- “Podría rendir mejor en el trabajo pues pierdo mucho la concentración”.
- “Quiero valorar más a mi hijo ya que no lo he visto crecer”.
- “Ya no quiero gastar tanto dinero”.
- “Mi cuerpo podría estar mejor”.

Su meta principal de cambio fue reducir su consumo progresivamente de 8 a 4 tragos estándar y la importancia de su meta fue de un 75%.

### Segunda Sesión: Identificación de Situaciones de Riesgo

**Objetivo: “Identificar de las principales situaciones de riesgo implicadas en el consumo así como la detección de precipitadores que lleven al usuario a consumir así como las consecuencias relacionadas”.**


El Análisis Funcional describe antecedentes y consecuencias del consumo. En él se incluyen el análisis de las cogniciones y creencias involucradas en el comportamiento adictivo. Al detectar situaciones de riesgo se establecen los objetivos de la intervención (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986). Se ha descubierto que después del cese de consumo se genera un estado crítico en el proceso de cambio que conlleva al usuario a optar por continuar con su tratamiento, sin consumo, ó ha recaer, regresando a su patrón de consumo habitual.

En la 2ª sesión interesa conocer el grado de probabilidad de recaída (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995). El usuario y el terapeuta corroboran las áreas donde es más urgente realizar cambios para prevenir una recaída. Con toda la información dispuesta por la evaluación se hace un análisis funcional de la conducta de consumo y de otras conductas asociadas.

### Reporte de la Segunda Sesión

De acuerdo al ISCA los mayores puntajes se encontraron en las áreas:

**Tabla 5. Principales situaciones de riesgo**

Área	Situación
 <b>Emociones Agradables</b>	03) “Cuando sentía que todo iba en buen camino”.
	85) “Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad”

---

78) "Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo"

**Probando Auto control**

17) "Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí"

45) "Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites"

**Presión Social**

39) "Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía"

60) "Cuando en una fiesta otros estaban bebiendo"

84) "Cuando me reunía con un amigo y sugería tomar una copa juntos"

---

**Conflicto con Otros**

77) "Cuando me sentí muy presionado por mi familia"

92) "Cuando había problemas en mi hogar"

---

Las situaciones de consumo se traducen en tres ejemplos y sus correspondientes consecuencias:

**Tabla 6. Situaciones de riesgo. Consecuencias positivas y negativas**

Situaciones	Consecuencias positivas inmediatas	Consecuencias negativas mediatas
<b>Situación no. 1</b>		
<b>"Los sábados por la tarde después de salir del trabajo lo invitan a tomar una cerveza y luego termina bebiendo hasta 12".</b>	Bienestar experimentado en relación al momento vivido.	Faltar a compromisos con mi esposa.
	Contento por convivir.	Deterioro de la relación de pareja.
	Sentimientos de relajación.	No ver crecer a su hijo.
<b>Situación no. 2</b>		
<b>"Me siento muy cansado después de terminar mi semana laboral y un tanto fastidiado (generalmente este pensamiento ocurre los viernes ó sábados)".</b>	Relajación con el primer trago.	Cuando llevo el 3er. trago pienso "ya la regué" (mediata).
	Me olvido de todo pues hago a un lado la rutina.	Gasto del 80% del salario y si cobró antes un trabajo me gasto todo (inmediata).
		Pelea con mi esposa, ya que luego no llego hasta el domingo (mediata).
<b>Situación. 3</b>		
<b>"Distanciamiento familiar (esposa e hijo); discusiones con mi esposa aunque la razón no esté relacionada con el consumo".</b>	Salirme de la casa y relajarme bebiendo; se me baja el coraje y ya no me siento tan controlado.	Sentimientos de culpa. Compruebo todo lo que mi esposa dice que soy en términos negativos: mentiroso, irresponsable y que no me interesa mi familia.

---

## **Análisis Funcional**

En este caso, se presentan varias situaciones que interactúan antes y después del consumo, las cuales efectivamente, lo han reforzado.

El comportamiento de consumo actual ha originado consecuencias negativas en 2 áreas importantes de su vida: la laboral y la familiar, resumidas en tres puntos:

1) Una vez terminada la jornada laboral el usuario se mantiene en contacto con “amigos” que consumen alcohol, incluyendo compañeros del trabajo, esto facilita su exposición a situaciones de presión social. Los amigos están disponibles en la colonia, en el taller, para invitarlo a consumir, a lo que se aúna el gusto por ser el sábado un día de paga y de fin de semana.

En la actualidad, JF comienza a percibir su bajo rendimiento en el trabajo. A pesar de mostrar una preocupación al respecto, esto no ha sido motivo suficiente para reducir su consumo. Además, expresa una insatisfacción al no poder controlar su forma de beber, manifestando en ocasiones, mal humor, insomnio y baja concentración (en el trabajo).

2) La carencia de habilidades de autocontrol comienza desde el aceptar la invitación a beber por amigos de trago, sin considerar las consecuencias que esto traerá a su economía y dinámica familiar. Se manifiesta una pérdida de control después de beber 3 copas por ocasión (en menos de 1 hora). Los episodios de consumo coinciden con la emoción agradable que le genera el descansar. No obstante, también presenta sentimientos de culpa por no poderse controlar. Todo ello contrasta con la autoconfianza excesiva presentada al inicio de cada episodio de consumo excesivo. Lo cual puede inevitablemente reforzar su conducta de consumo al querer probarse.

3) Al terminar un episodio de consumo es probable que suceda un pleito con la esposa; buscando aliviar el enojo provocado, JF recurre a beber al siguiente día (domingos, por lo regular). En ocasiones el episodio de consumo se extiende hasta por 2 días con tal de retrasar o evitar las discusiones con la esposa, no llegando a dormir a su hogar los sábados por la noche, finalmente quedándose en casa de sus padres (se destaca que cerca o ahí mismo se inician generalmente los consumos). Ello muy probablemente también esté reforzando la conducta de beber.

Tanto el usuario como su esposa identifican como raíz del problema familiar el que éste beba. Sin embargo, JF percibe a su esposa como controladora e impositiva, opinión que comienza a generalizarse a otras situaciones no relacionadas con el beber (las reglas de convivencia dentro del hogar, salidas familiares y la administración el dinero, por ejemplo) y que han afectado su economía familiar.

En general, se presentan 3 consecuencias mediatas después del consumo: pérdida económica, sentimientos de culpa por no controlarse y preocupaciones recurrentes frente a la reacción de su esposa.

Se añade que en la familia de origen existe la tradición de beber lo que significa que, la familia tolera, culturalmente hablando, el consumo de alcohol, ello pudo haber facilitado el inicio y desarrollo del consumo.

Si bien, en el ISCA se registran las emociones agradables como situaciones importantes de riesgo, al hacer el análisis funcional se encuentra que el consumo está más asociado a la disminución de emociones desagradables como mal humor, desgano y baja concentración en el trabajo, generadas después de consumir en exceso.

### **Tercera Sesión: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol**

**Objetivo: “Elaborar planes de acción para cada situación de riesgo que describan conductas competitivas con el consumo”.**

El objetivo de esta sesión es que el usuario decida por una alternativa para resolver sus problemas relacionados con el consumo.

El papel del terapeuta consiste en ayudarlo a mediar y cuestionar las implicaciones probables de dichas alternativas, para ello se presenta un programa general de solución de problemas, procedimiento básico que propone alternativas para resolver una dificultad relacionada con el consumo. Dicha estrategia ha formado parte integral de programas de tratamiento cognitivo conductual y en los programas de prevención de recaídas (D' Zurilla, 1993).

### **Reporte de la tercera sesión**

En tres situaciones de riesgo se plantearon diferentes alternativas de las cuales el usuario decidió poner en práctica las mejores opciones.

**Tabla 7. Planes de acción**

<b>Plan</b>	<b>Opciones</b>	<b>Mejor opción</b>
<b>Situación no. 1</b>  <b>Consumo los días sábados después de terminada la jornada laboral (semanal)</b>	1.- Reducir o aumentar la cantidad de horas de trabajo para no salir al mismo tiempo que los otros compañeros (con los cuales a veces bebe).  2.- Retirarme del lugar antes de que comiencen a insistir amigos para consumir; decir que estoy en tratamiento; mentir o ser firme en mi decisión, irme sin despedirme.  3.- Destinar menos dinero para el día sábado después de salir de trabajar, sugerir cambio del día de paga. Si voy a comprar algo, no pasar por las tiendas de la colonia, darme la vuelta.  4.- Ponerme de acuerdo con mi esposa para que esta me llame al final de la jornada laboral y así sentirme motivado para irme hacia la casa.	<b>1ra. mejor opción: 2</b>  <b>2ª mejor opción: 4</b>
<b>Situación 2</b>  <b>Distanciamiento familiar (esposa e hijo) y discusiones con mi esposa.</b>	1.- Convivir más con mi esposa.  2.- Practicar natación con mi hijo, el sábado descansar y estar en casa, cambiar mi actitud de aburrimiento platicando más con mi esposa.  3.- Destinar el sábado y el domingo como días de convivencia familiar.	<b>1ra. mejor opción: 3</b>  <b>2ª. mejor opción: 2</b>



<b>Situación 3</b>	1.- Beber una sola copa y luego tomar refresco, (ó viceversa, los dos me han funcionado) eso quita la sed y he notado que ya no me quedan ganas de continuar.	<b>1era. mejor opción: 1</b>
<b>“Cuando comienzo a beber y pienso que puedo parar de hacerlo”</b>	2) Contar con un compromiso personal o familiar previo al consumo y así buscar acortar ó interrumpirlo.	<b>2ª mejor opción: 3</b>
	3) El espaciar el consumo de tragos.	

Cada situación representó un objetivo terapéutico y la correspondiente aplicación de técnicas. Si bien, JF escogió la mejor opción, para cierta situación, se buscó también que intentara poner otras que le resultaran convenientes. En esta sesión la terapeuta tuvo un papel activo y directivo. Las siguientes estrategias terapéuticas sirvieron en la consecución del plan de acción.

**Tabla 8. Objetivos y estrategias terapéuticas**

<b>Situación</b>	<b>Objetivo terapéutico</b>	<b>Estrategia utilizada</b>
<b>Consumo los días sábados después de terminada la jornada laboral (semanal)</b>	Practicar respuestas eficaces frente a la presión social	<b>Ensayo conductual</b>
	Preguntar cómo desarrollará la solución. (Esto puede permitir la ordenación de detalles en los momentos en que decide afrontar la invitación, retirarse del lugar y no ir en busca de amigos).	<b>Ensayo cognitivo</b>
<b>Distanciamiento familiar (esposa e hijo) y discusiones con mi pareja</b>	Promover la generación de nuevas actividades que fomenten la convivencia con su familia nuclear.	<b>Solución de problemas</b>
	Ayudar al usuario a que aprenda a controlar el enojo provocado por una discusión, evitando el refuerzo del consumo.	<b>Autoinstrucciones positivas</b>
<b>“Cuando comienzo a beber y pienso que puedo parar de hacerlo”</b>	Sugerir técnicas de autocontrol	<b>Autorregistro de consumo</b> <b>Autoinstrucciones</b>
	Incrementar la autoeficacia frente al cumplimiento de su meta de tratamiento	<b>Reforzamiento positivo</b>

## **Cuarta Sesión: Nuevo establecimiento de Metas**

**Objetivo:** “Restablecer una nueva meta acorde con la realidad del usuario en términos de sus necesidades de aprendizaje una vez concluida la intervención.

### **Reporte de la Cuarta Sesión**

En esta última sesión la terapeuta comentó los cambios logrados por JF como el reducir de 12 a 5 y/o 6 tragos por ocasión con el propósito de realizar un segundo establecimiento de metas para los siguientes 6 meses.

Al revisar el autorregistro global se observa que dos semanas antes de la cuarta sesión JF había presentado una caída de 6 tragos el sábado y 6 tragos el domingo (lo que no le permitió llegar a casa), provocando una vez más, un enojo con la esposa. A tal efecto, se le recordó lo importante de cumplir con los acuerdos y se le plantearon preguntas como: ¿qué necesitas hacer para no caer en la misma situación? (sic terapeuta). Al usuario se le dio reconocimiento por lo logrado, pero también se le recordó asumir las consecuencias debido al rompimiento de los acuerdos.

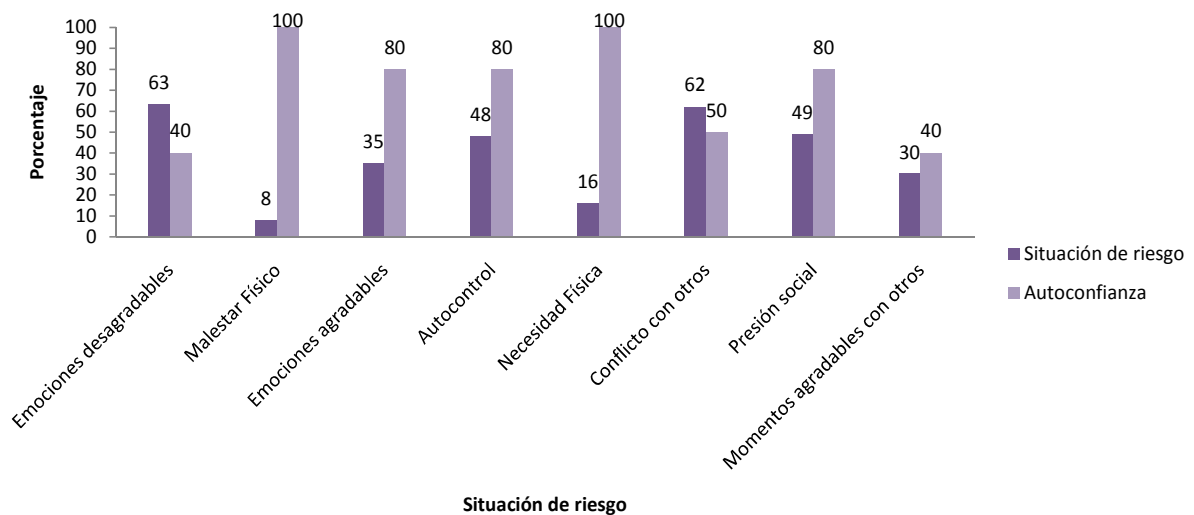
Los resultados favorables reportados hasta ésta sesión fueron reducir de 12 a 5 (en ocasiones 6 copas), a pesar de que el beber 5 tragos no estaba alcanzando un consumo moderado, ello representaba un pequeño avance que podría mejorar su autoeficacia al relacionarse con el esfuerzo y su consecuencia (cambio conductual), en este caso, la disminución de consumo.

El usuario atribuyó el éxito en semanas anteriores a la implementación de estrategias propuestas como:

- Ingerir una bebida (refresco) antes de un trago estándar.
- Cumplir con los acuerdos de llegar temprano a casa e ir de compras, ir a misa o salir a distraerse.
- Realizar actividades recreativas con su hijo.

El usuario se propuso llegar gradualmente a la abstinencia, comenzando como parámetro establecido no más de 4 copas por ocasión. La estrategia consistió en beber primero un refresco o agua cuando tuviese sed y luego una copa estándar. El utilizarla un par de ocasiones lo llevó a controlar efectivamente el consumo.

Respecto a la importancia de lograr esta segunda meta, al aplicar nuevamente el CCS se observa un incremento de confianza en situaciones que representaban mayor riesgo en la primera medición: *emociones agradables, presión social y probando autocontrol* no así, en emociones desagradables (ver figura 3).



**Figura 3.** Situaciones de riesgo VS Autoconfianza (4ª. sesión)

Para JF el lograr la meta de abstinencia era lo más importante en ese momento, contando con un 75% de confianza para lograrlo.

### Seguimientos

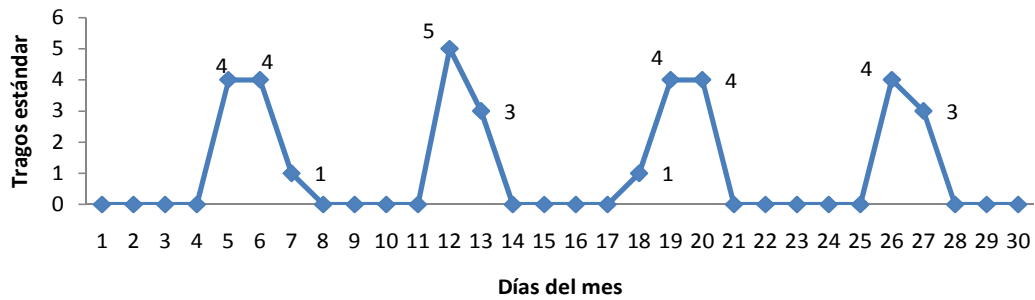
**Objetivo: “Evaluar el mantenimiento del cambio en el patrón de consumo al mes, tres y seis meses después de haber concluido el tratamiento”.**

El seguimiento consiste en la vigilancia sistemática y prolongada de los logros obtenidos y posibilita comprobar resultados finales de una intervención (Maisto, Mckay y Connors, 1990). En los seguimientos se establece contacto con el usuario para retroalimentar y reforzar los cambios en relación a su meta de consumo.

### Reporte del Primer Seguimiento

Un mes después terminado el tratamiento se recogió información para evaluar la efectividad de la intervención. Los resultados obtenidos en esta etapa muestran que el usuario consumió un total de 33 tragos estándar de los cuales mantuvo un consumo máximo de 4 copas en 5 ocasiones (ver figura 4).

Las situaciones en que se presentaron dichos consumos fueron: emociones agradables (eventos sociales que le generaban sensaciones de bienestar), por lo que se revisaron las estrategias utilizadas ante dichas situaciones: espaciar los tragos, cambiar de bebida (refresco por cerveza) e interrumpir el episodio de consumo considerando previamente compromisos, la más efectiva en este sentido, fue la elegida en un principio en la tercera sesión: tomar un refresco y luego un trago estándar, otra alternativa efectiva fue el considerar compromisos previamente a la situación de consumo como acompañar a su esposa al médico y recordar que tenía que sacar un trabajo urgente y entregarlo, estrategia que utilizó en una convivencia familiar, logrando consumir 3 tragos y retirarse.



**Figura 4.** Cantidad y frecuencia de consumo. 1er mes posterior a la intervención

El usuario reportó sentirse mejor anímicamente (comentó ya no tener tantos sentimientos de culpa) además de considerar que su esposa había reducido la presión en cuanto a su conducta de consumo.

Asimismo, comentó el tener salidas familiares (el usuario, esposa e hijo solamente) lo cual además, los acercaba más afectivamente.

En su trabajo reportó un mejor desempeño aumentando su concentración en sus actividades, además mencionó no estar tan irritable y refirió estar motivado para mejorar su situación económica.

Aunque JF reportó sentirse un tanto más productivo, mencionó que al salir del trabajo, constantemente se le antojaba una cerveza. A lo cual, se le sugirió reflexionar sobre si le era útil o no evitar el antojo pues de poco podía servir el autocontrol sino se diferenciaba claramente la necesidad de consumo de la conducta en sí. Practicar los planes de acción propuestos cada fin de semana, sin excepción, era lo más conveniente.

Se le recordó que el cambio no era inmediato y que quizá el antojo disminuiría con el tiempo al ir reduciendo o evitando el consumo. El usuario sugirió con respecto al plan de acción, que la esposa le llamase al final de la jornada laboral para así, concertar actividades conjuntas después de salir del trabajo, los días sábados, como comprar la despensa, etc.

### **Reporte del segundo seguimiento (3 meses)**

Los resultados obtenidos en el 2º seguimiento (ver figura 5) muestran un consumo total de 30 copas. Aunque el usuario había sido capaz de mantener un patrón de consumo de 4 copas, en dos ocasiones se presentaron dos episodios de consumo que exceden la meta de moderación (5 copas).

El usuario atribuye el 2º consumo a no llegar a un acuerdo con su esposa de si pasaban la navidad en casa de sus suegros o con la familia del usuario. JF tomó la determinación de estar con su familia paterna él solo en navidad, hecho que provocó un enojo entre ambos. La caída entonces, pudo deberse a que no utilizó una comunicación efectiva así como a que antes de comenzar a discutir, utilizar autoinstrucciones positivas para controlar el enojo. La retroalimentación por parte de la terapeuta fue en el sentido de preguntar acerca de qué y cómo utilizar dichas

estrategias independientemente de la situación y no esperar a que el enojo precipite el consumo.



**Figura 5.** Cantidad y frecuencia de consumo. 3er mes posterior a la intervención

### Reporte del tercer seguimiento (6 meses)

Los resultados obtenidos en el tercer seguimiento muestran un consumo total de 27 copas en el 6º mes. Existe un solo consumo de 5 copas (ver figura 6) que se debió a la asistencia a una convivencia familiar, situación no prevista por su espontaneidad: “en casa de mis padres estaban viendo un partido de fútbol, a mi no me gusta del todo ese deporte, pero algunos de mis familiares lo disfrutaban, terminé de trabajar y me fui a la sala, todos veían el partido acompañados de cervezas, se me hizo fácil y tomé de mas” (sic. usuario). En esta situación se le motivó y sugirió poner atención sobre las consecuencias negativas que vendrían al no adecuar su conducta al plan de acción.



**Figura 6.** Cantidad y frecuencia de consumo. 6º mes posterior a la intervención

Al revisar el autorregistro de los 6 meses anteriores (desde el comienzo del tratamiento) se observó una reducción de la cantidad de consumo sobre todo después del 2º seguimiento (ver figura 7) (en la mayoría de las ocasiones se ha mantenido un patrón de 4 copas estándar). De manera contraria, no se observan cambios significativos en la frecuencia de consumo. El usuario ha reducido el número de copas más no los días de consumo, (que hasta ahora siguen siendo los fines de semana).

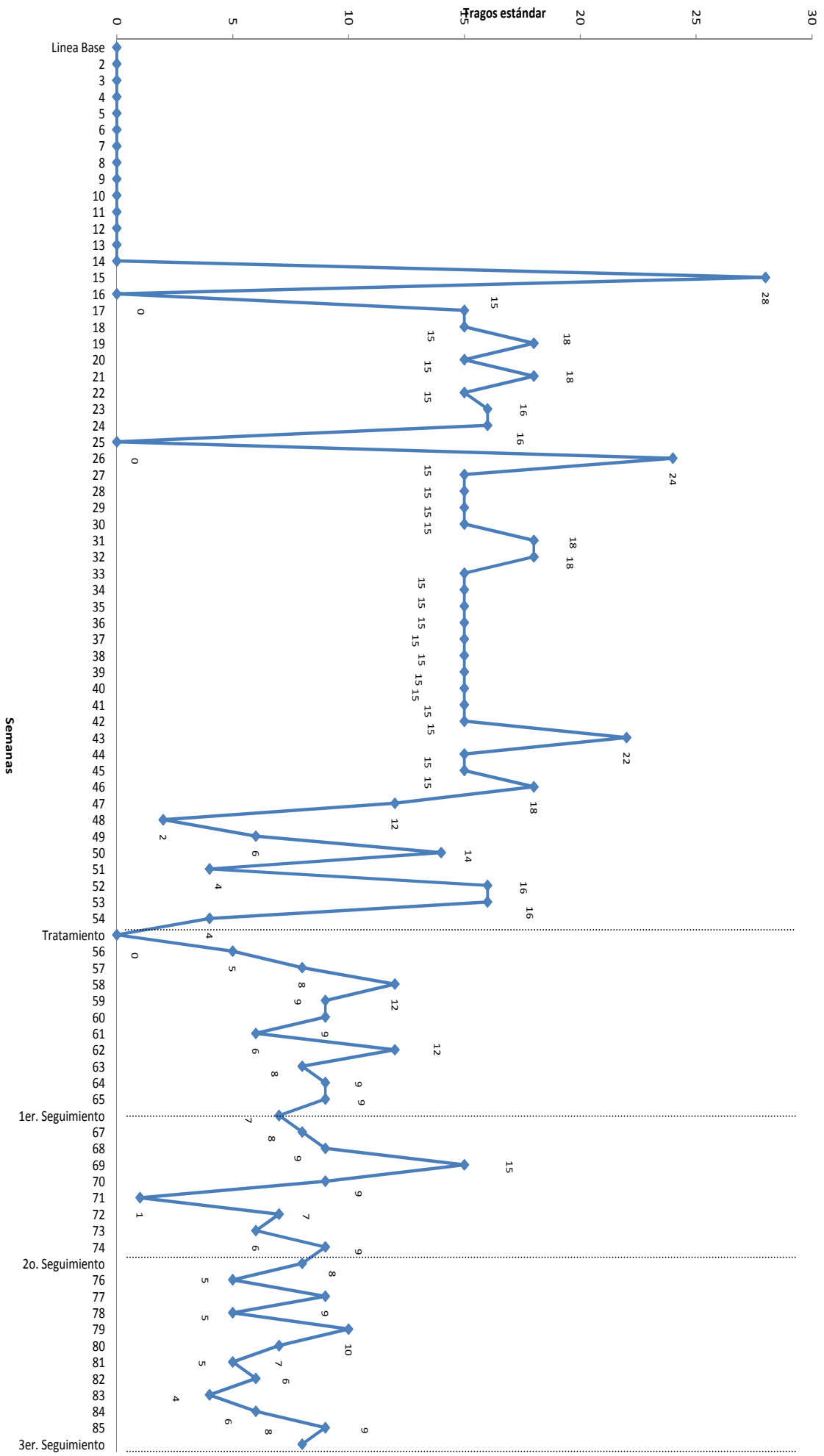


Figura 7. Cantidad y frecuencia de consumo antes, durante y después de la intervención

El tratamiento tuvo una duración de 10 semanas durante las cuales el usuario consumió un total de 87 tragos estándar. Del primer al segundo seguimiento tuvo un consumo total de 71 tragos estándar y del segundo al tercer seguimiento tuvo un consumo total de 82 tragos estándar. Por lo que se observa el usuario tuvo un aumento de 11 tragos en las semanas previas a la última medición (tercer seguimiento). Sin embargo, el promedio de consumo semanal en este último periodo no rebasó las 10 copas (ver figura 7).

El usuario opina sentirse satisfecho con la reducción de su consumo, no obstante, considera difícil llegar a la meta de abstinencia por no sentirse aún capaz. Al respecto se le mencionó que podría llegar a la abstinencia de manera progresiva si así se lo propusiese pero se le preguntó: para lograrlo ¿con qué necesitas contar, qué necesitas hacer? (sic terapeuta), la respuesta del usuario fue: “con mayor confianza puedo lograrlo” (sic. usuario).

JF redujo la cantidad de consumo en situaciones agradables, lo cual se relaciona con la disminución de asistencia a fiestas, reuniones familiares y evitar estar con amigos de trago, situaciones sociales donde frecuentemente bebe.

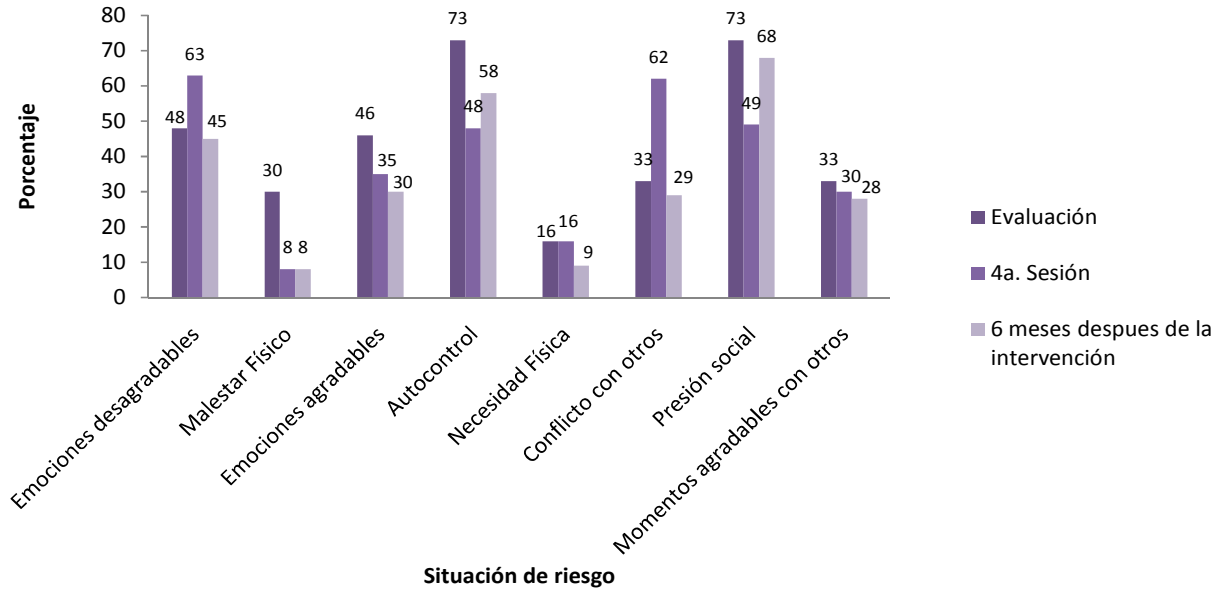
### **Situaciones de riesgo**

Se detectaron situaciones de riesgo que se han mantenido, reducido o bien, aumentado. Se describen en orden de importancia: presión social y autocontrol; situaciones aún difíciles de enfrentar (ver figura 8).

El consumo se presenta regularmente, al final de la jornada laboral. JF atribuye esta situación no a que se la pase bien con los “amigos”, sino a que le es difícil ser firme para decir “no gracias, no quiero beber”, es decir, las situaciones agradables no representan en sí la situación principal de riesgo, sino la presión social y el autocontrol. Ello coincide con los resultados del ISCA donde las situaciones agradables se han reducido de manera gradual y esto también concuerda con el análisis funcional.

Se observa una reducción en emociones desagradables y conflicto con otros. Aunque, el usuario opina que la presión ejercida por su esposa para que éste deje definitivamente de consumir sigue siendo causa de enojos entre ambos. La estrategia de comunicación no ha sido del todo efectiva debido a que por lo general, le molesta que ella exprese su desconfianza hacia él: “hemos llegado a discutir por 2 cervezas que decido tomar” (sic usuario).

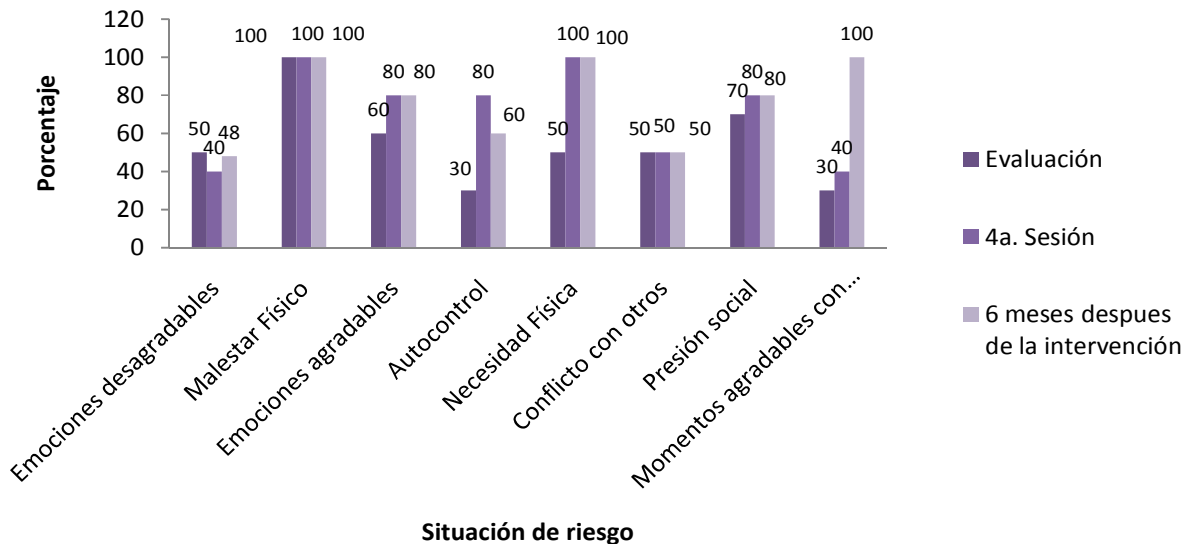
Aunque el malestar físico no había sido un motivo de preocupación para el usuario, en el último seguimiento éste expresó el impacto que le generó en una ocasión de consumo el sufrir un malestar físico, poco después de beber: “bebí 3 cervezas y me empezó a doler el estómago, tuve nauseas, no había comido algo que me hiciera daño, creo que fueron las cervezas” (sic. usuario). Esta situación aunque no se reporta como de riesgo en las evaluaciones, se considera puede impactar significativamente su motivación al cambio.



**Figura 8.** Situaciones de Riesgo

### Autoconfianza

En todas las áreas se puede observar un aumento en la autoeficacia, no obstante, en la situación de autocontrol su nivel ha sido variable (ver figura 9), por ejemplo, hubo una reducción de los 3 a 6 meses debido en parte a las dificultades enfrentadas al intentar autocontrolarse por lo que, esta situación puede ser un riesgo para volver a consumir.



**Figura 9.** Autoconfianza



## CONCLUSIONES

El usuario contaba con una red de apoyo importante: su familia nuclear. No obstante, llama la atención el hecho de que los problemas de comunicación constantes con su cónyuge, quién manifestaba poca confianza por su comportamiento de consumo le generaran emociones desagradables y muy probablemente, la manera de enfrentarlas pudo impactar en el cumplimiento de sus metas.

JF consideró necesario establecer límites con su cónyuge en relación a su cambio, manifestando en más de una ocasión, sentirse presionado por ella para llegar a la abstinencia. Por lo que se observa, el usuario continúa con dificultades para expresar adecuadamente desacuerdos, ello de alguna manera se relaciona con su autoeficacia, que aunque, en un principio fue positiva al permitirle por un lado, reducir su consumo a 4 copas y finalizar el tratamiento hasta el tercer seguimiento ésta resultó ser una variable que probablemente influyó en el manejo de emociones desagradables, lo cual a su vez impactó en su autocontrol. Ante ello, durante la terapia se subrayó la importancia de reconocer los logros (por pequeños que estos fueran), practicando lo más posible estrategias de enfrentamiento como autoinstrucciones y solución de problemas.

La autoeficacia también fue una variable importante en la consecución de los planes de acción. JF llegó al tratamiento con una autoeficacia baja. Durante el tratamiento comprendió la necesidad de tener confianza en sí mismo pues por más fuerte y viable que fuese su plan de acción, sino contaba con la autoeficacia suficiente, era difícil esperar un cambio favorable.

La autoconfianza se elevó de manera significativa en las áreas de emociones agradables y momentos agradables con otros (no se incluye necesidad física aunque aparece en la figura 9 como alta debido a que esta situación desde un principio, fue de riesgo menor para el usuario).

También la autoconfianza aumentó en emociones desagradables y presión social. Este indicador se mantuvo variable en el área de autocontrol, mostrando incluso un descenso en la última evaluación (de 80 a 60%), lo cual, puede indicar que la autoeficacia presentada en situaciones, sobre todo de tipo emocional, es insuficiente. El autocontrol en este caso, precede a la autoeficacia. El usuario necesita todavía un mayor aprendizaje en cuanto a anticipar situaciones de riesgo (enojo, situaciones agradables y desagradables) que en automático le llevan a consumir así como ensayar más estrategias de autocontrol.

Aunque el usuario redujo el consumo bajo el criterio de cantidad (reducción de 8 tragos en promedio a 4 por ocasión), no se logró reducir la frecuencia, pues siguió bebiendo los fines de semana. La intervención arrojó resultados favorables a corto plazo como el hecho de lograr concentrarse mejor en su trabajo y mejorar su satisfacción en esta área. También ha logrado pasar más tiempo con su hijo y convivir de manera más cercana.

Sin embargo, aun pudiese existir el riesgo de recaída, sobre todo si se considera que, no fue constante en sus citas (en 3 ocasiones no acudió a sus citas), llegando incluso a comunicarse el mismo día de la sesión para cancelarla a lo cual, se le comentó la importancia de comprometerse con su tratamiento.

Además presentó recaídas a la mitad del tratamiento, lo cual pudiese indicar que aún existía ambivalencia con respecto a su motivación para el cambio.

En un principio la meta era la abstinencia, sin embargo, el usuario comprendió que implicaba un proceso de aprendizaje, que le sugería mayor esfuerzo. El mismo se percató de su dificultad para llegar a esta meta y de la necesidad de practicar estrategias para aprender a moderarse.

Una tarea fundamental durante la terapia fue darle reforzamiento positivo en las ocasiones que mostraba una reducción de su consumo, subrayando que los resultados de la aplicación de sus estrategias se verían con mayor claridad a mediano y largo plazo. Por lo menos, esto pudo permitirle reconocer su capacidad para moderar el consumo y éste parece ser un logro concreto de la intervención.

La motivación para el cambio es una variable de importancia terapéutica, ésta junto con la autoeficacia son variables que el terapeuta, durante la intervención, debe contribuir a su desarrollo óptimo. La congruencia entre las necesidades o las razones de cambio y la creencia de que el usuario las podrá resolver, puede influir en otras variables como las atribuciones, las actitudes, las expectativas y la conducta de cambio.

Los terapeutas bajo la perspectiva cognitivo-conductual aplican estrategias que generan y mantienen la motivación y la autoeficacia, se reconoce entonces, que un desempeño profesional efectivo se debe en parte, a la capacidad para persuadir a los usuarios hacia el cumplimiento de sus metas de tratamiento.

## REFERENCIAS

- Annis, H.M. & Davis, C.S. (1989). Relapse prevention training: A cognitive-behavioural approach based on self-efficacy theory. *Journal of Chemical Dependence Treatment*, 2, 81-103.
- Annis, H.M. & Martin, G. (1985). Drug-Taking Confidence Questionnaire. Toronto: *Addiction Research Foundation*.
- Brownell, K.D; Marlatt, G.A, Lichtenstein, E. & Wilson, G.T (1986). The effects of repeated venting relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Carroll, K. Rousanville, B. & Keller, D. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17: 249-265.
- D'Zurilla, T. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Biblioteca de Psicología. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Bilbao España.
- Graña, J.L. (1994). *Intervención conductual individual en drogodependencias*. En: J.L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas*. Madrid: Debate, pp. 141-190.
- Halsted-Reitan. (1985). *Test de inteligencia*. Subprueba Pistas.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología*. España.
- Maisto, S.A., McKay, J.R. & Connors, G.J. (1990). Self-report issues in substance abuse: State of the art and future directions. *Behavioral Assessment*, 12, 117-134.
- Marlatt, G. A. (1985). *Relapse Prevention: Theoretical rationale and overview model*. En Marlatt y Gordon (eds). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours* (pp 93-116). New York: Guildorf Press.
- Marlatt, G. A; Baer, J. L, Donovan, D. M. & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviours: Etiology and treatment. *Anormal Review of Psychology*, 31: 223-252.
- McKay, J.R., Alterman, A.I., McLellan, A.T. & Snider, E. (1994). Treatment goals, continuity of care, and outcome in a day hospital substance abuse rehabilitation program. *American Journal of Psychiatry*, 151, 254-259.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change in Addictive Behaviour*. New York: Guilford Press,
- Monti, P., Rohsenow, D., Colby, S. & Abrams, D. (1995). *Coping and social skills training*. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Prochaska , J. O & DiClemente, C. C (1986). *The transtheoretical approach*. En J.C. Norcross (Ed). *Handbook of eclectic psychoterapy*. New York. Bruner/Mazel.



# Conclusiones



De la experiencia obtenida, a través de la formación de la maestría, se logró el cumplimiento de los siguientes objetivos y habilidades profesionales:

- a) En primer lugar, se consideró a la adicción como un problema social multifactorial con implicaciones significativas en la salud de los usuarios y en sus ambientes proximales.
- b) Se conoció la situación epidemiológica (incidencia y prevalencia) del consumo de sustancias en el país y en el Distrito Federal.
- c) Se identificaron los efectos psicofarmacológicos, fisiológicos y conductuales de las sustancias psicoactivas.
- d) Se tomó conciencia de los diferentes efectos negativos a nivel psicosocial y físico del abuso de sustancias.
- e) Fueron revisados los supuestos básicos del paradigma cognitivo-conductual para atender conductas adictivas.
- f) Se identificaron los componentes teórico-metodológicos de los siguientes programas cognitivo-conductuales aplicados en México, adaptados por la Facultad de Psicología de la UNAM:
  - Programa de autocambio dirigido para bebedores problema
  - Programa de tratamiento breve para consumidores de tabaco
  - Programa de Tratamiento Breve para usuarios de cocaína
  - Programa de Satisfactores cotidianos para usuarios de sustancias sustanciales o severos
- g) Se destacó la necesidad de tener un conocimiento sólido en investigación en psicología clínica como estructura básica en el campo de las adicciones.
- h) Con ella se pudieron delimitar las variables de estudio que intervienen en el ámbito de tratamiento y prevención.
- i) Se conocieron y aplicaron los principios teórico-metodológicos del caso único en usuarios de sustancias.
- j) Aunque no se menciona en el desarrollo del reporte, durante la formación se realizó un estudio ex-post-facto sobre la satisfacción de participantes en el Programa de Satisfactores Cotidianos, donde se describió y analizó el impacto de sus componentes terapéuticos.
- k) Fueron analizados conceptos teórico-metodológicos que definen una práctica preventiva en las adicciones.

- l) Se tuvo conocimiento de la efectividad de modelos empíricamente validados en los ámbitos de tratamiento y prevención.
- m) Se instrumentalizó un modelo de prevención de riesgos psicosociales en 2 comunidades (una estudiantil de nivel secundaria y otra en comunidad abierta), donde se tuvo la oportunidad de completar dos ciclos preventivos.
- n) Con la aplicación de programas de tratamiento y de prevención se contribuyó a la reducción y prevención de daños en usuarios, sus familias y una comunidad de la Delegación Coyoacan del Distrito Federal.
- o) Gracias al entrenamiento y supervisión continuada en cada uno de los programas de intervención se pudieron adquirir habilidades terapéuticas acordes con el enfoque cognitivo-conductual.
- p) Siguiendo a Carrasco (2007) en la formación cognitivo-conductual se hallan tres grupos de habilidades: habilidades centradas en las estrategias terapéuticas, en el proceso terapéutico y en la relación terapéutica.

**Habilidades centradas en las estrategias terapéuticas:** Se aprendió a detectar a través de la evaluación conductual, las necesidades de tratamiento en los usuarios, llevar a cabo análisis funcionales para relacionar variables antecedentes y consecuentes detrás del mantenimiento de las conductas adictivas. Esta habilidad permitió focalizar las intervenciones, controlando así la conducción de las sesiones terapéuticas.

**Habilidades centradas en el proceso terapéutico:** Se aprendió a manejar cada uno de los componentes particulares de los programas de intervención así como sus estrategias terapéuticas, una de ellas muy importante y de muy difícil aprendizaje fue el generar y mantener la motivación en los usuarios.

**Habilidades centradas en la relación terapéutica:** En esta área se destaca que siempre, en cada uno de los actos como estudiante y como terapeuta se guardó respeto, se fue honesta y se practicó empatía con todas las personas a las que se les otorgó servicio. Se señala con orgullo el cumplimiento ético de todas y cada una de las funciones profesionales desempeñadas. Se destaca que la experiencia personal de la formación fue sobre todo una oportunidad de cambio, de resistencia y de mejoramiento, donde se aprendió desde luego en cada paso, opinión, lectura, interacción e intervención y se reflexionó y tomó conciencia sobre el propio actuar.

Una de las cuestiones reflexionadas a profundidad fue el considerar primordialmente las necesidades planteadas por los usuarios y como los modelos de intervención en los que se tuvo entrenamiento debían ajustarse a ello en algún sentido y no al revés. No todos los modelos funcionan para todos los casos. El eje rector de toda intervención se encuentra en las necesidades sentidas que los usuarios planteen y los



terapeutas necesitamos tener un profundo respeto a sus decisiones. Los usuarios tienen toda la libertad de decidir. Con la adicción lo primero que pierden es la autonomía, el autocontrol y la libertad.

Por otra parte, se considera que el estilo terapéutico a nivel personal (estilo que todavía continúa forjándose, es decir, está en proceso de construcción y falta mucho por aprender, cada caso es único aunque, por supuesto, los principios de Trabajo Social son una base en el trato con los usuarios y sus familias) es reflejo del interés genuino por los usuarios en sí y la problemática que presentan aunque, sobre todo porque se trata de personas.

Se reconoce en la autora a una persona franca, cálida y sobre todo directa. Nunca se mintió y jamás se abusó de la posición empleada como terapeuta en ningún sentido, esto se subraya por que como profesionales con frecuencia se está expuesto a peligros, amenazas ó daños que se generan en cualquier índole dentro de los ambientes de intervención ante lo cual, la principal defensa posible es el dato.

Por otra parte, la complejidad del problema de las adicciones sugiere a cualquier profesional que se desempeñe en el campo de las adicciones trabajar con diferentes disciplinas humanas y sociales para dar respuestas integrales que se ajusten a la dinámica del fenómeno.

En México, es conveniente promover una metodología de investigación en psicología clínica y social basada en la propia realidad. El anclar los conceptos que proyectan los estudios analíticos, epidemiológicos, descriptivos y los ensayos clínicos controlados aleatorizados con la realidad clínica y social es una labor continua y permanente que debe estar sujeta a evaluación.

Con la investigación experimental, los científicos intentan identificar los efectos de las variables (antecedentes) mediante la manipulación y el control experimental y una forma precisa de control se haya en la aleatorización. En la medida en que los investigadores tengan éxito en controlar las demás variables, se podrán evitar efectos de confusión y obtener resultados más precisos que expliquen la realidad.

Investigación, prevención y tratamiento son procesos que continuamente arrojan información, su relación es fundamentalmente racional. La investigación precede a la acción y ésta retroalimenta prácticas que generan más preguntas que respuestas.

Tratamiento y prevención, responden a objetivos distintos aunque complementarios, no pueden comprenderse de forma aislada. El tratamiento participa en la consecución de un cambio conductual por medio de estrategias en los órdenes: psicoeducativos, motivacionales y cognitivo conductuales. El tratamiento debe ser accesible a todos los grupos de población y esto es tarea de la política pública. Se deben conocer y evaluar

las condiciones, de un modo más específico para diseminar las intervenciones. En principio, como se llegó a mencionar, sí los programas de intervención no son culturalmente relevantes, (dentro del sistema social, familia, usuarios, comunidad, instituciones) los usuarios no se comprometerán a un cambio conductual.

Una reflexión emanada a partir de la formación es que lo ideal sería que todo esfuerzo en materia de intervención tuviera un mayor énfasis en el mejoramiento de la salud de los usuarios de drogas y no en la condena y estigmatización, esto se menciona, pues fuera de lo formativo, en el campo de la realidad laboral, se observan cotidianamente este tipo de actitudes.

La salud como derecho humano debe estar por encima de toda norma o costumbre. La noción de bienestar es un valor en sí. Por tanto, su promoción se dirige hacia sus determinantes. La OMS (1997) declaró que el reducir la desigualdad y construir capital social así como el reducir la diferencia en la expectativa de salud entre los países y grupos sus grupos constituyen un medio determinante para la salud. No es una cuestión individual sino social. Existen factores sociales y culturales que establecen comportamientos y hábitos que condicionan la salud de las personas.

La prevención promueve básicamente las mismas estrategias que el tratamiento sólo que con el fin de evitar y/o proteger a los individuos ante el desarrollo de una adicción. La prevención de adicciones no es un ramo que deba limitarse a la promoción o aprendizaje de comportamientos o estilos de vida más saludables, esto no es suficiente, la reflexión de la experiencia profesional dejó en claro la utilidad de la integración disciplinaria pues al no hacerlo se corre el riesgo de caer en una simplificación que pierda de vista el papel del contexto global y no se logre un impacto significativo.

Al abrir el abanico de los campos de la psicología de la salud se miran elementos que han sido francamente desgastados en discursos demagógicos y panfletos oficiales: la prevención y la promoción de la salud son campos ineludibles de problematización, para comenzar, sin participación social no hay manera de prevenir ni de promover la salud.

La participación es una cuestión de sentido. Todo acto social y aprendizaje se crea a partir de una relación. No se puede pensar ni participar en la solución del problema de las adicciones sin su relación con el contexto.

Finalmente, la producción del conocimiento científico sobre el fenómeno debe guardar una congruencia con las políticas a favor de la población pues en las fuerzas económicas y sociales yacen las causas que originan y reproducen a las conductas adictivas.

# Anexos



**SEGUIMIENTO DE HABILIDADES POR PARTICIPANTE DEL GRUPO  
1erº. Ciclo Preventivo**

**Sesión 1: Meditación activa**

<b>Participante</b>	<b>Lo que me di cuenta hoy</b>
1.	A pesar del ruido y de toda la actividad si yo estoy tranquilo no importa. En esta sesión opinó que se sintió muy tranquilo con la sesión aunque sugirió a la coordinadora hablar menos con términos técnicos.
2.	Soy muy sensible en mis emociones y que mi ansiedad no es natural, ando en busca del equilibrio. Muy cooperadora con los demás
3.	El cambio interior es una cuestión de voluntad, si termino el proceso voy a empezar a notar cambios en mi estado de animo, pues también traigo muchas cosas. La actitud de Noemí es muy enriquecedora para este grupo ya que ella es psicóloga social y sus opiniones son muy acertadas.
4.	Cuando comencé a respirar sentí que mi cuerpo se comenzaba a relajar, es necesario practicarlo siempre y no solo en una sesión. Un tanto escéptico en cuanto a la fase de información de la sesión, sin embargo, al final pudo estar un poco más en acuerdo cuando se realizó la dinámica.
5.	Es indispensable para expresar lo que uno siente aprender a concentrarse, necesito aprender la meditación.
6.	Los mensajes que existen en los medios de comunicación no siempre son ciertos y muchas veces nos pueden confundir. Una mujer participativa, inteligente y muy abierta. Ella se portó muy respetuosa desde el inicio.
7.	Es muy importante tener momentos de reflexión sobre lo que estamos viviendo. Básicamente apoyaba comentarios significativos de otros y ello animó más la participación pues da reconocimiento cuando dicen algo positivo.
8.	En un inicio se rehusó a participar en el grupo, pues pensaba que se hablaría solo de adicciones y entonces se le explico que de eso y mas, se le invitó a que se quedara pues solo quería participar en temas que a el le parecían interesantes... finalmente estuvo muy relajado y contento.
9.	El conocimiento de las cosas de la vida se comparte y existen muchos conocimientos que nos pueden hacer libres. En un principio muy seria pero al final mostró afectividad a Verónica una participante de 17 años, cuando lloró por la situación de estrés que vivía en casa, lo cual demuestra que Lucia tiene empatía.
10	La tensión y el estrés pueden controlarse si utilizamos los medios adecuados como la meditación y la respiración.
11	Mis ideas no son las únicas que importan pues cuando uno conoce nuevas formas de relacionarnos nos sentimos distintos.

**Sesión no. 2: Abrirse a nuevos aprendizajes**

<b>Participante</b>	<b>Lo que me di cuenta hoy</b>
1	Los conflictos pueden resolverse de otras formas y no solo pensando en mi beneficio propio. Se centro en los componentes informativos de la sesión más que en lo vivencial, no por eso su participación fue negativa.
2	El sentirse culpable no arregla las cosas, se requiere mucho valor para enfrentar los problemas con los demás. Mostró preocupación cuando hacía preguntas sobre los problemas que enfrenta a nivel familiar.
3	Las creencias que uno tiene acerca de las cosas muchas veces no son ciertas y hay que adaptarlas a la realidad. Su participación es muy positiva, pues comenta, corrige positivamente, da buena retroalimentación.
4	No solo debemos expresar con palabras lo que sentimos y pensamos, también la comunicación no verbal dice mucho y hay que aprender a leerla. Opino con ejemplos concretos.
5	Muchas veces actúo de manera impulsiva, sin pensar en las consecuencias por lo que debo de ser más prudente. Se mantuvo callado todo el tiempo.
6	Como madre de familia tengo mucho que aprender para ayudar a mis hijos, entre las cosas que aprendí esta el soltar un poco la rienda de sus actos y no sentirme tan obsesionada con sus vidas. Opinó con ejemplos personales.
7	La ansiedad, la ira son formas equivocadas para arreglar lo que me molesta. Muestra en sus comentarios preocupación por superarse.
8	El desarrollo y la salud de una persona depende del actuar de muchas más, si no somos responsables directos cuando menos contribuimos a que el otro este bien o mal. Da reconocimiento a la expositora y sobre todo mantiene comunicación no verbal con los participantes.

### **Sesión 3 Unificar sentimientos pensamientos y acciones**

<b>Participante</b>	<b>Lo que me di cuenta hoy</b>
1	Que no soy un cuerpo y mente dividido sino integrado.
2	Que nuestras acciones son producto de lo que pensamos, si pensamos bien actuaremos bien.
3	Existen formas sanas de modificar mis estados de ánimo o por lo menos mantenerlos en equilibrio.
4	Las drogas engañan a las personas pues aparentemente resuelven pero en realidad nos sale muy caro después.
5	Cuando voy al trabajo, al mercado, en mis reuniones voy toda y no solo la ama de casa o la empleada, sino todo lo que es mí ser.
6	Buscar el equilibrio es tarea de todos los días y esto nos ayuda a enfrentar las adversidades que se nos presentan inesperadas.

- 7 Las drogas en realidad no han resuelto mis problemas, por el contrario me han dividido y creo que todo puede volverse a integrar si lo aprendo.
- 8 La depresión es una mala comunicación conmigo misma, pero el tiempo lo cura todo y el que madure.
- 9 Soy egoísta conmigo misma sino me permito sentir aunque sea algo negativo, tengo el derecho de no negar este sentimiento.

#### **Sesión 4 Tomar decisiones de protección**

##### **Participante**

##### **Lo que me di cuenta hoy**

- 1 No solo basta con tomar la decisión es requisito para lograr lo que queremos mantenernos firmes con dicha decisiones... congruencia.
- 2 Existen muchos caminos peligrosos para nosotros los jóvenes que no sabemos todavía por donde elegir nuestra vida, pero algo dentro nos dice que es lo mejor para nosotros.
- 3 Aceptar o no una droga es una cuestión social pues todo lo que yo haga afecta a los demás.
- 4 El tomar decisiones es un proceso difícil no es tan fácil, lo fácil es decidir sin pensar las consecuencias de dicha decisión.
- 5 Buscar los recursos para lograr lo que queremos implica que nos decidamos al cambio y no nos quedemos en la depresión.
- 6 El ser muy obsesiva no me lleva a tomar buenas decisiones pues me cuesta trabajo escuchar al otro y en mi familia se deben tomar las decisiones en conjunto.
- 7 Saber tomar decisiones pues de ellas depende nuestra suerte.
- 8 Las alternativas para acabar con una adicción existen, lo importante es decidirse.
- 9 Cuando uno está en crisis no puede decidir, lo mejor es calmarse primero.
- 10 Primero hay que analizar y luego hay que tener presente que alternativa elegir.
- 11 Independientemente de la maldad que existe en el mundo tenemos la responsabilidad de protegernos lo más que podamos, eso depende mucho de uno.
- 12 Pase lo que pase tenemos todos los días que decidir.

## **Sesión 5: Establecimiento de relaciones sexuales sanas**

<b>Participante</b>	<b>Lo que me di cuenta hoy</b>
1	Todos somos responsables de que hoy existan tantas enfermedades a pesar de que los medios para evitarlas están en nuestras manos. Contribuyó con comentarios positivos de su experiencia personal.
2	Debo ser más conciente en cuanto a mi actividad sexual, pues luego me dejo llevar por la emoción y no quiero ya preocuparme. Hizo énfasis en que no todos los jóvenes son irresponsables.
3	Aunque todos tenemos valores diferentes esto no es lo mismo que decir seas o no responsable... todos estamos implicados en el cuidado de la salud sexual. Realizó comentarios acerca de la importancia que como esposas se deben proteger con condón.
4	Lo primero es el condón y se siente mejor estar tranquilo que vivir un rato intenso y luego toda la vida pagando por no cuidarse. Reconoció que donde quiera que se este tendremos que relacionarnos con los demás.
5	El tener relaciones sexuales con varias personas y sin protección es un acto de deslealtad hacia si mismo. Se le solicitó en más de una ocasión que Participara a lo cual accedía sin dificultad.
6	No vale la pena tener relaciones sexuales con alguien a quien apenas conozco, pues no hay nada. Estuvo muy participativa solo que se tuvo varias veces que canalizar sus comentarios.
7	Aunque sea una mujer casada también tengo la obligación de protegerme utilizando condón.
8	Los sentimientos que implica el tener una relación sexual son determinantes para nuestra salud sexual. Se mantuvo Muy atenta.
9	Cuando no tienes una sexualidad sana algo anda mal en nuestra salud y hay que atenderse. Comentó que cuando uno se siente deprimido es depresivo y frustrante tener relaciones con otra persona.
10	Una relación sexual no solo implica sexo, sino también compartir emociones y respetar a la pareja. Se concentro en comentarios en relación a como los hombres se relacionan de una manera equivocada con las mujeres en este aspecto.

## **Sesión 6 Establecimiento de relaciones de afecto**

<b>Participante</b>	<b>Lo que me di cuenta hoy</b>
1	Como joven muchas veces solo pensamos que la relación afectiva mas importante es con la pareja y eso no es cierto, también nuestros padres son fundamentales que resolvamos diferencias pues siempre estarán ahí. Se ha ganado un respeto con todos los participantes pues parecería que no tiene 19 años sino 30 o más por la calidad de sus participaciones.
2	Me duele profundamente que no podamos comunicarnos y querernos bien mis padres y yo y que sobre todo mi padre no se de cuenta de que lo amo. No deseo tenerle resentimiento a pesar de todo.



Una chica muy expresiva, muy valiente, pues es abierta en sus comentarios y muy respetuosa.

- 3 Uno no tiene la culpa de que se nos enseñe a reprimir nuestros sentimientos hacia los demás pero que nunca es tarde para dejar a un lado esas enseñanzas y abrirnos a conocer y a amar a gente nueva.  
En esta sesión Noemí ayudo mucho a romper con creencias que algunos de los participantes arrastraban en sus comentarios.
- 4 Es padre conocer y encariñarse con mucha gente en buena honda y no por un interés material.  
El participante mostró más bien una atención muy particular con preguntas concretas y escuchaba con atención.
- 5 Todos tenemos la capacidad de amar porque somos humanos y si no lo hacemos es por que así lo hemos decidido, pero todo cambia si queremos.  
Tomo algunas notas sobre tips para comunicarse con su madre.
- 6 No solo es importante tener buenas relaciones en la familia, también los vecinos o los del trabajo pueden ser buenos amigos, aunque nos parezca increíble.  
Leyó al final de la sesión un poema de relación con los hijos y todos le aplaudieron.
- 7 Es necesario amar a los demás aunque no los conozcamos del todo, así vivimos mejor.
- 8 La calidad de vida de un ser humano depende de la calidad en sus relaciones afectivas con su familia sobre todo.  
Atenta, callada pero en esta ocasión participo de una forma muy firme.
- 9 Los hijos y los padres de familia tienen que saber expresar sus afectos y que de eso nos olvidamos muy seguido.  
Aunque lloro por la muerte de un hijo, el grupo pudo escucharla con atención y respeto, sin perder el contexto de la charla.
- 10 El tener iniciativa en cualquier cosa implica una relación afectiva ya sea consigo mismo o con otros.  
Generalmente Hugo escucha muy atento, aunque a veces se le nota disperso.

### **Sesión 7: Como comunicarme de forma efectiva**

#### **Participante Lo que me di cuenta hoy**

- 1 No solo la comunicación verbal es lo que facilita la comunicación, es la forma en que lo hagas, los gestos y el estado de ánimo definen el éxito en nuestras relaciones.
- 2 Ser cariñoso, cordial y estar sereno son ingredientes esenciales para lograr una comunicación efectiva.
- 3 Es el estado de animo lo que en realidad influye en como nos comunicamos, si yo estoy mal aunque me pregunte como estoy diga estoy bien, se reflejara en mi rostro en mis actitudes que en realidad no es verdad lo que digo con palabras.
- 4 En mi familia a pesar de todo el tiempo de convivencia no hemos aprendido a comunicarnos, desde el hecho de que nos da pena hasta con los demás decir nuestra edad. En realidad, es el momento para acercarnos como familia a través de romper el silencio y hablar de lo que nos preocupa, cuando no se pueda, simplemente respetar.

- 5 La comunicación es un problema de dos, si somos consistentes con nuestros pensamientos, sentimientos y además congruentes en como actuamos nos estamos comunicando bien con los otros y con el universo interior.
- 6 No es solamente una regla en las relaciones humanas la comunicación, también es relación.
- 7 A través de la comunicación se pueden construir relaciones positivas o negativas. En mi familia lo que nos ha pasado es que cuando alguien quiere lograr algo, se tiende a manipular y no comunicar lo que en realidad se quiere, esto nos ha metido mucho en problemas, sobre todo cuando nos lastimamos y con esto es suficiente para que se rompa la comunicación.
- 8 Quiero comunicarme mejor no solamente con mi familia, sino en mi trabajo y ello significa saber decir no cuando no quiero y si cuando estoy totalmente de acuerdo y eso también es no necesariamente dar explicaciones de por que no.
- 9 Algo que me falta a aprender es el que sea sincero cuando quiero decirle a alguien que no estoy de acuerdo.

### **Sesión 8 Estabilidad Interna**

#### **Participante Lo que me di cuenta hoy**

- 1 Nos es más fácil bloquearnos y no expresar lo que nos pasa que abrirnos, empezando por que no queremos observar como nos comportamos con otras personas.
- 2 Me siento muy contenta conmigo misma, que ahora entiendo mi optimismo, pues sencillamente soy libre y quiero seguir ayudando a otros, así me complemento más conmigo misma.
- 3 Los momentos mas reflexivos de mi vida han sido cuando estoy solo y pienso el disfrute o el dolor que me dan algunas de las experiencias que me ocurren con otras personas, el darme unas vacaciones conmigo es lo ideal en este tiempo.
- 4 Quitarme la culpa por lo que a otros no les guste de mi o de algo que yo no quería y paso es estar en paz con mi interior.
- 5 El respeto hacia mi mismo se da en estos talleres, pues son una oportunidad para descubrir lo bueno de mí y ese sentido social que siempre he tenido lo puedo expresar libremente en CHIMALLI.
- 6 Soy una persona muy sensible y tiendo a darle gusto a los demás a pesar de que voy a estar a disgusto conmigo, por eso creo que tendría que mirar hacia dentro de mi y escuchar lo que mi corazón me pide.
- 7 Intentar abrirse desde dentro no me cuesta trabajo, pero tengo mucho miedo de expresar esto que traigo a los demás pues siempre estamos acostumbrados a actuar como otras personas nos lo piden.
- 8 Nunca había pensado en lo importante que es estar bien contigo misma, pero solemos ser muy duros, me decepciono muy fácilmente de los demás, pero este taller me ayudo a reafirmar ese camino que no debo desviar.
- 9 El escuchar y darme cuenta de lo que tengo que corregir.

## Sesión 9: Asumir una pérdida

### Participante Lo que me di cuenta hoy

- 1 Somos muy egoístas con nuestros dolores y pérdidas, en mi caso he dejado a mis hijos y a mi esposo a un lado, cuando ellos me necesitan, me hace feliz conocer a gente nueva y pasar un muy buen rato.
- 2 Pocos entienden el dolor que puede tener una madre al perder a su hijo pero que la vida sigue y no mentirse y hacerse la víctima de las circunstancias es un paso necesario para sanar un duelo.
- 3 Si te animas a terminar bien una cosa como estos talleres te das cuenta que no importa el que estés solo, el que hayas perdido a una persona, un trabajo, pues en realidad estas comprometido con las demás personas desinteresadamente, no estas con ellas anclada, apegada de una forma neurótica sino mas bien estas abierta a los cambios.
- 4 Cuando no superas una perdida entonces estás inmaduro emocionalmente y ello no implica edad sino aprender a no soltar.
- 5 Como salir de un hoyo como el duelo sino te abres todos los días a nuevas experiencias, todos los días nos ofrecen regalos.
- 6 La depresión que se vive cuando pierdes a alguien como tu mama o un hijo se cura con el tiempo, no es posible sanarse negando nuestro dolor.
- 7 En mi caso particular, suelo ser un poco tímida, y encierro mis pensamientos y sentimientos y cuando alguien se va es malo cuando no lo expresas, por ello el buscar espacios así donde compartas tu dolor es una alternativa.
- 8 Uno nunca sabe lo que ocurrirá en unas horas o inclusive en unos minutos, así que es mejor vivir lo más positivo todos nuestros encuentros con los demás.
- 9 Nadie es perfecto, y en algún momento de nuestra vida solemos perder algo, sea una cosa valiosa, sea una persona, pero la actitud de adaptarte a dichos cambios es lo que más nos debe preocupar y así estar preparados para que aunque caigamos nos aseguremos de levantarnos.

## Sesión 10 Negociar con la familia

### Participante Lo que me di cuenta hoy

- 1 Cuando hay un problema familiar solemos callarnos y en realidad debemos preguntarnos primero que está pasando y reflexionar sobre como actuar frente a una situación difícil, a veces es mejor no mover las cosas para mal y dejar pasar el tiempo.
- 2 Todos tenemos puntos de vista diferentes y lo que pasa es que debemos ser más concientes y escuchar lo que en nuestra familia esta pasando para comprender primero las circunstancias de los conflictos.
- 3 Mis hijos, mi esposo y yo somos una familia que ha aprendido de nuestros problemas y errores, estoy muy contenta y orgullosa por ello, pues no nos quedamos con rencores inútiles y este taller me ayudo a reconocer estos triunfos.
- 4 Aunque estoy ahora en el ojo del huracán en mi vida familiar, reconozco que tengo mucha fuerza para liberarme de todo lo que no me conviene dentro de mi familia, pues no quiero seguir los patrones de sumisión de mi madre y de autoritarismo de mi padre, ser independiente es mejor.

- 5 Dentro del medio familiar se aprenden muchas de las cosas que nos van a ayudar o bien a perjudicar cuando uno se enfrenta al mundo, busco que mis padres no me sobreprotejan, pues soy hijo único y eso me ha metido en líos pues mis relaciones con los demás han sido de dependencia y eso es algo que quiero cambiar ya.
- 6 En la familia no solo se necesita de un miembro que resuelva todo, al contrario, todos debemos contribuir a la solución de la misma manera en que todos estamos implicados en un problema familiar.
- 7 No es malo tener problemas en la familia, de hecho son inevitables, es más bien la forma en que los enfrentamos, pueden ser muchas veces arreglados con violencia, esto es lo más negativo y lo mas frecuente, por ello es necesario practicar otras formas.
- 8 Liberarse de los problemas con alcohol o con las fiestas a las que luego uno como joven va, no es lo mejor para solucionarlos al contrario nos mete mas, luego pensamos que somos valientes y no entendemos porque nos suceden cosas negativas.
- 9 Ocupar nuestro tiempo familiar no solo para arreglar diferencias sino también para convivir y pasar buenos ratos, sin tanto alarde de lo que nos sucede todos los días, esto hace una familia positiva de otras que no son tanto.

## SEGUIMIENTO DE HABILIDADES POR PARTICIPANTE DEL GRUPO 2º. Ciclo Preventivo

### Sesión 1: Controlar la tensión con la respiración

Participante	Lo que me di cuenta hoy
1	La respiración es tan importante como el saber alimentarnos y el aprender a tener actitudes positivas, tiene uno que saber aplicarla en todo momento. Hoy pude apreciar lo importante que eso representa para estar mejor con mi entorno.
2	Hoy me di cuenta que no importa la edad para mejorar tu calidad de vida, el respirar nos ayuda a mejorar nuestro estado de animo.
3	Aprendí que una forma de eliminar las tensiones es aplicando una correcta respiración, gracias a esto ahora cuando estoy molesto o muy nervioso lo aplico y me ha dado buenos resultados.
4	Aprendí que podemos ser adictos a cosas tan simples como estar tensionados y que no debemos dejarnos conducir del todo por estos momentos, debemos escuchar lo positivo que hay dentro de nosotros.
5	Darme cuenta que la tensión es cotidiana en mi y que entonces requiero regularme, se que debo hacer mas ejercicios de relajación por medio de la respiración y así sentirme mejor cada día.
6	La importancia de la respiración como una técnica de relajación y de aflojar con eso mi tensión y con ello estar mas concentrada. Aprendí a conocerme un poco más al reflexionar sobre las manifestaciones de la neurosis. También a disfrutar de mi cuerpo en movimiento y de la música, muy buena.
7	Aprendí que es fácil manejar la tensión para no darle rienda suelta a la ira. Pues cuando me siento nerviosa, molesta o hasta iracunda hago ya las respiraciones y me ayuda a calmarme emocionalmente, siento que mi cerebro esta despejado para tomar mejores decisiones sin vacilar. Físicamente me relaja y siento como no se me tensa el cuello, los hombros o el estomago.
8	Percibí mucha armonía a pesar de que solo estuve poco tiempo, pero los ejercicios de relajación y respiración me han ayudado a sentirme más tranquilo y menos estresado por que esta ciudad la verdad es muy caótica.
9	Es necesario aprender a controlar mis estados negativos con una buena respiración, más bien muchas al día, pondré en práctica este tip para estar mejor cada día.

### Sesión 2: Tomar decisiones de protección

1	Hoy aprendí mucho a relajarme y me gusto mucho la música y el movimiento que hicimos y principalmente como se nos da la clase, hay ángel y son muy agradables nuestros conductores.
2	Me di cuenta que se pueden controlar las emociones bajo la respiración, pero depende mucho del estado de animo y de que quieras sentirte bien.
3	Es muy importante saber que pertenecemos a una familia o a un grupo.

- 4 Hoy me di cuenta que debe uno de ser mas conciente y no distraerse tanto en las metas que nos trazamos a diario. El ejercicio que hicimos al final de movernos con música me relajo mucho.
- 5 Me di cuenta que estoy distraída, que no he puesto atención en mi vida solo han existido para mi todo aquello que está afuera y yo me he desaparecido, ya no me pongo metas, me cuesta tomar decisiones y sobre todo que no pongo en práctica mis opciones.
- 6 Hoy me sentí muy bien al compartir ideas de nuestros problemas y de saber que esta experiencia podemos mejorar nuestros pensamientos y así combatir los negativos.
- 7 Me di cuenta que debo cada día poner mas atención en cada decisión que tomo, tener conciencia de mis acciones ya que esto me llevara a tener mas libertad, lo que hago, lo realizo con responsabilidad y gracias a eso soy única y es el camino a la felicidad, ya que no me estoy dejando llevar por el que dirán, simplemente vivo y dejo vivir.
- 8 Me sentí muy contenta, sentí como una sensación de tranquilidad de sentir que puedo iniciar con un grupo de personas un conocimiento, el recordar, expresar y sentir emociones positivas, padres que cada uno podemos tener. Este es un espacio diferente donde voy a poder aprender muchas cosas.
- 9 El aprendizaje de hoy me llevo a reflexionar sobre la atención en mi vida, en mi familia y que hay cosas que fácilmente me distraen y por ello no cumplo mis metas.
- 10 Hoy entendí que para que mis metas se realicen no debo permitir que me distraigan malos pensamientos y tomar en consideración los riesgos que conlleven.
- 11 Esta sesión me pareció muy buena por que aprendí una vez más a relajarme y los ejercicios del movimiento corporal me gustaron mucho, quiero repetirlos cuando sea necesario, sentí mucha tranquilidad.

### **Sesión 3 Como ayudar a un compañero adicto**

- |              |                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Participante | Hoy me di cuenta que...                                                                                                                                                                                                                    |
| 1            | De lo emocionante que es enfrentar las adversidades. De cómo salir sabiendo que se vale caer y levantarse e intentarlo hasta que estemos bien. De cuales son los verdaderos hábitos para sentirme mejor conmigo misma.                     |
| 2            | Ante mis hijas he tratado de controlar sus vidas y me preocupa en demasiado por ellas o sea soy un dependiente de ellas y me he puesto a reflexionar en ello, aprendí buenos tips para ponerlos en práctica.                               |
| 3            | Aprendí como afectan las drogas al cerebro, y sobre todo como ayudar a un adicto, asimismo, como es que las compulsiones significan acciones tendientes a satisfacer obsesiones (ideas).                                                   |
| 4            | Me pareció interesante el exponer mis puntos de vista y el ser guía en esta sesión, el tema de la adicciones da para mucho y el interactuar con mis compañeros y elevar sus inquietudes e intereses de este tema me hizo sentir orgulloso. |
| 5            | Es importante saber como podemos ayudar a los amigos o familiares cuando padecen alguna adicción, saber acerca de sus necesidades hablando con ellos, sin arriesgarse a la agresión.                                                       |

- 6           Aprendí sobre la dependencia, pero además de la necesidad de prepararnos para ayudar de manera adecuada, ya que el tratar de hacerlo cuando no se sabe como puede ser aun más peligroso para la persona que lo necesita.
- 7           Realmente comprendí muchas cosas como que las adicciones no solo son el alcoholismo y la drogadicción, también hay muchas otras como la comida, un adicto es dependiente y eso causa muchas cosas, ellos o nosotros no aceptamos que tenemos esa adicción, tomamos de mala manera cuando nos lo hacen saber. Para ayudar a un adicto me parece que tenemos que platicar con el y lograr que acepte su adicción, decirle que a una persona muy importante, opciones para que se le pueda ayudar y para hacer todo esto tenemos que informarnos.
- 8           Todo me pareció muy interesante ya que lo que platicaban acerca de la obsesión y la compulsos y la adición, sentí muy cercano a mi persona lo que decían, como si estuvieran hablando de mi vida.  
Espero estas cosas poderlas compartir con mi familia pero principalmente con mi hermano ya que el padece un tipo de compulsión a la comida y hacerle entender que tiene un gran problema.
- 9           Aprendí el como no debo dejar que me chantajee una persona con adicción, y pues ya que tengo un poco de frustración me pareció mucho también a lo que me sucede a mi misma, estuvo excelente la sesión!!! Espero que todo lo que estoy ahora aprendiendo pueda expresarlo en algún momento y espero podamos seguirla pasando muy bien como hoy que fue mi primer día... súper.
- 10          Hoy aprendí que debo reconocer primero que tengo o que existe una adicción para poder ayudarlo tengo que informarme para cuando ofrezca la ayuda sepa mas o menos canalizarlo, una mujer golpeada, una persona agresiva verbalmente, un alcohólico, etc. y como no permitir el chantaje, pues normalmente no lo permito pero hoy aprendí que ni siquiera debo escuchar sus sentencias.

#### **Sesión 4 Conocer el cuerpo del hombre y de la mujer**

- | <b>Participante</b> | <b>Hoy me di cuenta que</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                   | Se puede vivir con alegría, tranquilidad, sabiendo manejar las situaciones ya sean buenas o malas para poder ser más llevadera la vida, todo por salud mental que es difícil pero no imposible.                                                                                                                                                                   |
| 2                   | El día de hoy aprendí que el cuerpo siempre va a estar conectado a mis emociones.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3                   | Creo que el día de hoy fue muy reflexivo, me di cuenta que los problemas que cada uno de los participantes del grupo son muy similares, sin embargo, creo que todos los problemas tienen solución sin importar que grandes sean estos.                                                                                                                            |
| 4                   | Me sentí muy relajado después de un día tenso, pero voy sintiendo mejoría en cada sesión y es importante que todos nos vallamos integrando cada vez más y platiquemos con mayor confianza sobre la raíz de nuestros problemas. Muchas felicidades por que los bailes me hacen sentir mejor y creo que a los demás compañeros nos ayuda a sentirnos mas relajados. |
| 5                   | En esta sesión venia mal anímicamente y la clase se me estaba haciendo muy tensa y hostil pero conforme fue pasando el tiempo y me pidieron mi opinión me fu relajando y me di cuenta que el hablar y socializar y contar mis                                                                                                                                     |

broncas me descarga de la mala energía que cargo, el ejercicio que practicamos también fue muy relajante.

- 6 El día de hoy aprendí que debemos conocernos mas a fondo, si mirar en nuestro interior, nuestro cuerpo, así saber como reacciona mi cuerpo a distintas acciones de mi vida, si soy una persona que en mi cuerpo expresa rigidez, flexibilidad o soy una persona con un cuerpo blando, caído, en lo personal creo que en diferentes ocasiones tengo esas tres depende de la situación, al saber como reacciona mi cuerpo, puedo saber como realmente me siento y así mejorar y auto ayudarme.
- 7 El aprendizaje de hoy: Los seres humanos somos cuerpo, emociones, sentimientos y pensamientos: Lograr un equilibrio es una tarea constante y difícil, pues es lo que nos hace permanecer en su búsqueda, en movimiento. El que cada uno de los que integramos el grupo hoy tenga broncas grandes o pequeñas y el compartirlo con los demás es una gran enseñanza.
- 8 Aprendí que hay que trabajar e invertir para adquirir consciencia y en consecuencia tener una visión clara de las cosas, igualmente el día de hoy aprendí y reflexione que mi espacio de tiempo de existencia es infinitamente pequeño en relación al tiempo y por lo tanto, hoy debo invertir para no solo existir, sino para aprender a existir y a vivir.
- 9 El día de hoy me di cuenta de que vengo a las sesiones un tanto tenso, sin darme cuenta y con los ejercicios me hago más flexible. Además de que mensajes del cuerpo que todavía me falta conocer e interpretar.
- 10 Hoy aprendí que mi cuerpo se siente mal cuando emocionalmente ando mal y no expreso lo que siento, me cuesta mucho trabajo por que estoy reprimida en muchos aspectos.

## **Sesión 5 Asumir una pérdida**

<b>Participante</b>	<b>Lo que aprendí hoy</b>
1	Esta sesión me pareció muy buena ya que aprendí a entender el proceso de duelo que en ocasiones es difícil, sin embargo, sin embargo me proporcionó las herramientas para seguir adelante, me ayudó también a situarme en la realidad y a tratar de encontrarme a mi misma.
2	Saber que tenemos que vivir con alguien pero que también tenemos que vivir con nosotros.
3	Aprendí a que tengo que darme cuenta que en algún momento de mi vida, puede o pasar que un ser querido se muera y se aleje de mí, yo tengo que aceptar que en todo momento que puede pasar esa situación.
4	En esta sesión aprendí sobre el tema de la pérdida y del alcoholismo, además de que los comentarios de los compañeros siempre me enseñan otros puntos de vista para seguir aprendiendo sobre todos los temas que se tratan.
5	Aprendí que las cosas que me hacen el daño que yo me permita, que no puedo estar viviendo en lo que paso o en lo que vendrá sino en hoy.
6	Comprendí que debo aprender a expresar mis emociones, a estar bien conmigo misma y de ahí poder partir a realizar lo que yo quiero. Vivir cada día de mi vida y disfrutarlo y aprendí también que puedo ser feliz, sin necesidad de depender de otras personas ni objetos materiales.
7	Aprendí que el enojo es inherente a mi, así como la tristeza y es normal



sentirlas y el que no debo permitir que atropellen mis derechos.

- 8 Como controlar el enojo y que no se vuelva autodestructivo, además de las distintas clases de alcoholismo que hasta hoy hemos tenidos y su posible tratamiento, además de los proyectos realmente importantes para uno es decir, vivir el presente.
- 9 Hoy aprendí que debo vivir el hoy y siempre teniendo en cuenta que siempre tengo que replantear las cosas, mis proyectos. Aprendí el proceso de duelo y que mi dependencia emocional va a impedir mi recuperación.
- 10 El día de hoy aprendimos algunas cosas sobre el alcoholismo, aunque en algún tiempo en las fiestas me agradaba tomar un poco de licor, hoy se que no es necesario y ya no lo hago. Reforcé el vivir y se que debo apreciar el presente y a las personas que tenemos en la perspectiva de la temporalidad.
- 11 Hoy entre otras cosas aprendí y reflexione que hay que aprender a reconocer los tiempos y los sentimientos para adquirí la destreza de cambiarlos.
- 12 Me agradó mucho esta sesión por la razón de que los comentarios de los compañeros me indicaron como poder resolver mis conflictos.

### **Sesión 6 Como comunicarme**

- |              |                       |
|--------------|-----------------------|
| Participante | Lo que aprendí hoy... |
|--------------|-----------------------|
- 1 Esta sesión me pareció muy interesante porque hablamos sobre la familia y pues creo que yo no tengo una buena comunicación con ella y pues algunas cosas que se comentaron realmente me pasa y pues quisiera que en algún momento pueda expresar y compartir lo que me pasa y pues de antemano gracias por hacer este tipo de grupos.
  - 2 Me di cuenta de muchas cosas que en mi familia tengo muchos problemas, pero no me tengo que ir por la solución más fácil, tengo que entender lo que pasa, pensar cómo solucionarlo, actuar en la solución que tome y siempre poner mucha concentración en lo que hago para que así las cosas salgan mejor y termine el sufrimiento. Creo que mi objetivo para mejorar la relación con mi familia es mirar mi interior, mejorar pensar en cosas positivas, así yo cambio y puedo ayudar a las demás personas y lo haré. Pienso que cada día tengo que practicar todo lo que aprendí en este día.
  - 3 Me dio mucho gusto observar que cada semana hay más personas en el grupo. Se no soy una persona muy participativa y no es porque no me guste o no quiera expresarlo, simplemente que me cuesta un poco de trabajo, pero siempre me llevo una gran moraleja y experiencia de los otros compañeros. En algunos momentos me siento identificada con las cosas que muchos cuentan y me he dado la oportunidad hay una solución para todo solo que requiere de tiempo y fuerza de voluntad.
  - 4 Me llevo hoy la compañía de todos, su risa, sus palabras y un poco de su experiencia. La reflexión de cómo soy, cual es mi misión y la de mi familia y pienso poder compartirlo con mis hijas y algunas amigas. Por último lo valiosos de construir relaciones interpersonales.
  - 5 Hoy aprendí a mirar hacia dentro de mí, a buscar las soluciones en mi interior que lo que yo veo afuera en los demás no es siempre lo que aparentan, me gusto mucho el grupo.
  - 6 Aprendí que la comunicación es esencial en la vida y que pensadores como buda, que nos lo ejemplifican no tiene que ser tan aburrido, que se puede

comprender de manera más práctica y no conozco aun la autentica misión de mi familia, la verdad no la había pensado.

- 7 Como en otro lado profesores de filosofía han dicho que el hombre no se conoce y tampoco el propósito y su misión en la vida. Aprender el recto pensamiento, actuar el recto lenguaje y la atención nos brinda la oportunidad de conocer más sobre la misión y propósito en la vida. Aplicarlo luego en nuestro caso y siempre podré ver los frutos a futuro.
- 8 Hoy gracias a dios que te utiliza a ti como medio y a mis compañeros, aprendí que si hoy o más bien a partir de hoy empiezo a trabajar para hacer el entendimiento del pensamiento de mi actuar, de mi lenguaje y mi atención, así como el ponerle un tanto de arte, seguramente empezaré a conocerme y a ser feliz y transmitir felicidad. Gracias.
- 9 Aprendí a conocerme mejor a mí y a los demás y el baile me hizo sentir más relajado hoy fue una experiencia muy agradable al convivir con los demás compañeros e ir intercambiando de parejas mediante lo corporal se siente uno más integrado.
- 10 Aprendí que debo retomar cual es el sentido de mi vida porque creí que lo sabía, también que es importante no dejar de confiar en los demás, que se aprende de las experiencias de los demás y que es un espacio súper importante en el que puedo relajarme y continuar aprendiendo.
- 11 Yo aprendí el valor de amor al ser respetado y los 5 caminos de la vida que podemos ser independientes e interdependientes como familiares.
- 12 Aprendí que se debe valorar todo con este chico nuevo, Arturo que hay problemas más fuertes del cuerpo y puedes pensar positivamente y así poder actuar mejor, no importa el daño si lo analizas y lo sabes conducir.
- 13 Lo que hoy aprendí es que no importa, que realmente no importa, como te veas exteriormente, sino lo que hay dentro, tan dentro de ti y de las otras personas, que parece difícil de poder lograr verlo, pero que cuando lo logras te maravillas de lo grande, hermoso y valioso que es cada uno de nosotros. Gracias.
- 14 Para comunicarse uno debe estarlo interiormente, si uno esta bien con uno mismo, entonces lo demás es una reacción.
- 15 Si yo quiero dejar de sufrir, hay maneras que me pueden llevar a ser una mejor persona, a que el convivir con las demás personas me abre otra perspectiva de pensar. A empezar a ver lo mejor de las personas lo positivo y no siempre lo negativo, el estar en este grupo me ha hecho más feliz porque la vida la estoy viviendo mejor sin tantos enojos.

## **Sesión 7 Negociar con la familia**

Participante	Lo que aprendí hoy
1	Reflexionamos sobre el uso del no perdón en la familia en el sentido de no perpetuar algún juego ¿qué haría con ese vacío? Una observación es que hay gente que no se le da la palabra en el momento y luego ya no participa.
2	El tema se entrelaza como siempre con los temas anteriores; me hizo recordar mis propios procesos; cuando viví resentimientos muy fuertes y comparar por así decirlo mi situación actual a través de aquellos tiempos especialmente difíciles me impulse a aprender y a buscar apoyo, se que aún me falta mucho pero me siento muy bien hoy.

- 3        Aprendí como liberar el corazón del odio y lo grande que es perdonar. Como vivir sencillamente, como dar más y tener más esperanza, como negociar con mi familia.
- 4        Aprendí a como dar soluciones a algunos problemas con mi mamá. A soltar la parte de tensión para poder negociar con ella aunque se me hace todavía muy difícil la comunicación con ella.
- 5        Me gusto desahogarme de tantos problemas que tengo y estar oyendo comentarios muy buenos que se me ayudaran.
- 6        La terapia de baile me encanta en cada sesión, cada vez me genera más seguridad ya que antes me costaba mucho trabajo el expresarme de cualquier manera sobre todo delante de un grupo, aparte de que genera una sensación de bienestar por que los músculos se relajan y siento como los huesos de mi cuerpo se van acomodando y perdiendo rigidez causado por mi estrés cotidiano.
- 7        Entendí que debo intentar liberar el odio que siento. Hoy es un día súper difícil para mí y en la sesión sentí tranquilidad, me atreví a intercambiar ideas con respecto a un tema que el día de hoy me mueve mucho.
- 8        Hoy aprendí que se debe disolver el dolor, el perdón, perdonar para mí es soltar, es estar bien conmigo. Suavizar el corazón, está en paz, conmigo misma y con los demás, cuesta trabajo, pero todo está en la mente y en las ganas que tengas de estar bien y sentirte bien a pesar de todos los problemas que hay que solucionar, bueno saber cómo poder solucionarlos, no tanto preocuparte sino actuar, mi familia y yo lo necesitamos.
- 9        Si aprendí mucho, porque yo soy una persona con el problema de la esquizofrenia y me gusta ir a las terapias ya que no puedo o no he aprendido a vivir con este problema ya que seguido me he tenido que internar.
- 10       Gracias por estar aquí, una vez mas hoy me di la oportunidad de aprender y reflexionar con todos ustedes que el perdón existe, pero en cada uno de nosotros, que quizá nosotros no somos quien para perdonar a los demás, sino que más bien debemos entenderlos y que si realmente queremos vivir debemos invertir aprendiendo porque nuestra existencia es una constante aprendizaje.
- 11       Yo aprendí que el negociar implica varias cosas como el liberarnos de odios que no nos pertenecen. Que el perdón no existe porque la gente nos hace daño lo hace inconscientemente ni él sabe que nos está dañando. Que debemos conocer nuestra propia imagen.
- 12       Lo que hoy aprendí fue a soltarme un poco más al bailar y me gusto sentirme más flexible y alegre al terminar la clase.
- 13       Hoy aprendí que tengo que aprender a comunicarme con los miembros de mi familia, dar reconocimientos a decir te quiero para que cuando yo este mal también pueda comunicarles el cómo me siento, para que me puedan comprender y viceversa. Tengo que vivir siempre con un objetivo presente y de la fabula del burrito como es que el dueño se quería deshacer de él pero el burrito más bien se sacudía y pudo salir del agujero e irse sin resentimientos ni mucho menos y muy tranquilo.
- 14       El día de hoy, en lo personal aprendí como relacionarme con mi familia, en mi caso tengo problemas con mi hermano que tiene 20 años de edad, el es

muy agradecido, gracias a sus comentarios aprendí que no depende de mí su comportamiento y no debo dejar que me lastima, también tengo que quitarme el resentimiento que tengo hacia él y así se que el perdón es a mi misma y libera todo rencor.

- 15 Me gusto mucho este día porque a mi si me hace falta perdonar a muchas personas ya que por eso me siento mal, triste, sin ganas de hacer nada y que al verlas a escucharlas me enoja bastante y realmente me siento mal y espero que con esto pueda solucionarlo me hubiera encantado poder exprésalo pero me dio un poco de pena pero si vuelven a platicarlo lo voy a platicar y gracias porque he aprendido muchas cosas y espero que sigan platicando muchas cosas interesantes.
- 16 Muchas veces no pensamos en la necesidad de equilibrio familiar, cuando falta un miembro de la familia como la madre o el padre esto se vuelve una tarea cotidiana, para no extraviar la misión de la familia.
- 17 Hoy comprendí que antes que nada debo aprender a conocerme, respetarme y valorarme y quererme a mí misma. Sé que existe gente buena como mala, pero debo aprender a no guardar rencores, a saber perdonar a la gente que me hace daño o simplemente a aprender a comunicarme con mi familia.

### **Sesión 8 Como iniciar una vida sexual protegida**

Participante	Lo que aprendí hoy
1	Es importante que los adolescentes sepan manejar la píldora de emergencia y también acerca del manejo emocional de la culpa, vergüenza y asertividad. Cargar siempre con condón aunque no piensen hacerlo por si las dudas.
2	Los puntos que rescate que son muy importantes son1) información, riesgos y consecuencias de nuestros actos. 2) paciencia y darles confianza a los hijos,3) Orientación y comunicación de calidad, 4) Comprensión, 5) no hacerlo con cualquiera, 6) Informarles a los jóvenes que conozcamos sobre los métodos de protección, 7) Preguntarles si tienen dudas, 8) Pedir que nos enseñen lo que saben acerca del sexo, 9) Preguntarles su opinión sobre el tema, 10) No reprimir, ni castigar, 11) Enseñarles que deben aprender de su cuerpo.
3	Es importante informar a nuestros jóvenes sobre los riesgos y consecuencias respecto de una vida sexual protegida y no protegida. Tener paciencia y darles confianza, darles a su vez, una adecuada orientación enfocada a la buena elección. No deben hacerlo con cualquiera y en este sentido hay que informarles sobre los métodos de protección que existen preguntarles sus dudas.
4	A nuestros padres les cuesta comunicarse, no saben y parece ser que no les interesa lo que nos sucede, solo queremos que nos quieran y que comprendan nuestras necesidades, una pareja para un joven es como un alimento para nuestra alma.
5	El ser responsable es lo más importante, tener claros mis propósitos, aun no me siento madura para iniciar una vida sexual activa con otro sexo, pero tampoco descarto o pienso mal de quien con mi edad lo haga.
6	Es indispensable que uno como adulto primero se informe acerca del tema de la sexualidad y como deben los jóvenes iniciarla, para ello hay que darles confianza a los jóvenes antes de intervenir y hablar sin tabúes.
7	Es indispensable dar confianza y para eso debemos manejar bien la

información con que contamos. Nos cuesta trabajo reconocer que no enfrentamos los problemas de una forma positiva, nos vamos a los extremos, la violencia es lo común y no la excepción, debemos ser mas creativos y no deprimirnos por nuestra forma de enfrentar, mejor trabajar para cambiarla.

- 8 Son 5 puntos los que rescato de esta sesión: información de riesgos y consecuencias, paciencia, orientación, comunicación y comprensión.
- 9 Es importante no prohibir, dar confianza, dar mas información y con buena orientación a los jóvenes, para que ellos aprendan a conocer su cuerpo, conocer sus sentimientos y emociones y respetar su decisión siendo esta la mejor y que les haga sentir bien, sin culpa. Los padres es importante dejar atrás los prejuicios para no generar culpas.
- 10 La no prohibición, el ser abiertos y hablar las cosas sin prejuicios ni creencias falsas permitirá a nuestros jóvenes que estos sean mas responsables con su ejercicio sexual.
- 11 Es importante establecer confianza en las relaciones que tengamos con nuestros hijos, debemos tener información sobre el tema, sin prejuicios, sin recoger información con culpas. Escuchando primero las preguntas y sin divagar, enfatizando que el ser humano se integra por sentimientos, sensaciones y pensamientos.
- 12 Yo le ayudaría a mi hija comunicándome y decirle que hay anticonceptivos, condones para que ellos se cuiden ya que en otros tiempos atrás no se tomaba en cuenta la comunicación como ahora.
- 13 Es necesario tenerles paciencia y darles confianza a los jóvenes pedirles que nos enseñen acerca de lo que saben del sexo, saber sus ideas, opiniones no reprimirlos.
- 14 Darles una buena orientación sobre una elección sana para ellos, saber que les preocupa preguntarles acerca de su opinión sobre el sexo seguro, no reprimirlos por que esto lastima.  
Angélica: Buscar información que no nos confunda y tener una seguridad al momento de tomar nuestras decisiones no te tienes que acostar con cualquiera que se te ponga enfrente.
- 15 Muchas veces los hijos tienen más información que uno y de eso tenemos que estar concientes para no regarla, la empatía y el considerar que somos una totalidad nos ayuda a comunicarnos con nuestros hijos.
- 16 Buscar información, dar confianza y hablar sin tabús.

### **Sesión 9 Cómo cuidar mi alimentación**

Participante	Lo que aprendí hoy
1	Aprendí como cuidar mi alimentación no comiendo comida chatarra ya que lo único que hace es que me haga obeso y no nutre. Me gusto mucho la sesión pues se dijo cuales alimentos son los que nutren.
2	Me hice conciente de la importancia de procurar una alimentación sana, he tratado de mejorarla lo cual me da satisfacción.
3	Me di cuenta de muchas cosas, una de ellas es que cuando como comida chatarra, sé que me va a afectar, pero no tengo la conciencia y es por eso que no dejo de comerla, en fin, lo que debo hacer es tener la conciencia y comunicarlo a mi comunidad.

- 4 Tenemos una variedad de platillos en nuestro país que no conocemos y que son nutritivos, voy a darme a la tarea de buscar nuevas recetas y compartirlas con el grupo.
- 5 Comenzaré desde el día de hoy a cuidar de mi alimentación. Considero que el tomar talleres así educa por el simple hecho de vivir socialmente los consejos y la información.
- 6 Lo más importante fue saber como puedo nutrirme sanamente y combinar los alimentos para contar con proteínas, vitaminas y minerales en cantidades apropiadas.
- 7 Aprendí que la publicidad tienen muchísima influencia en cuanto a la formación de hábitos y repercute en la economía a la hora de elegir que alimentos consumimos. En esta semana en casa consumimos soya y mas ensaladas (aun estamos luchando con el pan dulce).
- 8 Yo cuando estoy en problemas me da por comer en exceso grasas, y me siento después mal, ahora creo que esto es más serio de lo que pensaba, debo planear mejor mis comidas y no llevarme por los malos momentos.
- 9 Conocer nuestro alimentos nacionales ayuda a valorar nuestros estilos alimenticios y el como lo extranjero nos ha contaminado hasta nuestras creencias y tradiciones en cuanto a como nos alimentamos.
- 10 En definitiva no sabemos alimentarnos, pero no es tarde para empezar, creo que esto es parte de la disciplina si me alimento bien, me siento bien y es una cadena.
- 11 Desde hace 8 años yo no como carne, me he especializado al respecto, me siento muy bien y creo que este tipo de platicas es fundamental para iniciar un nuevo estilo de vida alimenticio.
- 12 En mi caso, he llegado a comer de manera compulsiva, este tema me interesa mucho, necesito más información para modificar mi alimentación y quiero profundizar más.
- 13 El ir a conferencias, talleres, nos ayuda a corregir nuestros hábitos alimenticios.

### **Sesión 10 Como establecer relaciones afectivas.**

- |              |                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Participante | Lo que aprendí hoy                                                                                                                                                                                                        |
| 1            | Me di cuenta de que los problemas de afectividad se generan en la familia y si uno no tiene una buena comunicación es más probable que tengamos problemas con los demás.                                                  |
| 2            | Primero es el tener armonía consigo mismo y luego compartirla con los demás.                                                                                                                                              |
| 3            | Me ha gustado practicar las habilidades ya que son muy útiles y me encantaría que pudiéramos explicar nuestros problemas no se, ser mas abiertos, espero que en alguna sesión lo hiciéramos.                              |
| 4            | Lo que comprendí fue que en mi caso puedo negociar los conflictos, un ejemplo: fomentar la comunicación con mis padres, poniendo un poco de mi parte, pienso que todos necesitamos de cariño.                             |
| 5            | El negociar con la familia y el tener relaciones afectivas dependen mucho de la comunicación, de tratar de resolver los problemas uno por uno, estar tranquila y no enojada o alterada antes de iniciar una conversación. |

- 6 Es muy importante saber que podemos tener muchos amigos en quien confiar.
- 7 Siempre necesitamos recordar y reaprender que no vivimos aislados y que es muy motivante dar un fuerte abrazo.
- 8 El hablar sobre lo que nos interesa, lo que nos preocupa en la familia y con los amigos es muy bueno, hay que primero desahogarnos para estar listos y empezar a reconstruir nuestras relaciones.
- 9 El saber comunicarme con mi esposo es lo que más me ha enseñado a quererlo y respetarlo, no había pensado en eso, pero también es importante el que yo me quiera primero.
- 10 En mi familia he sido muy fría y mis hijos ahora lo reflejan, pero por eso estoy en este grupo para aprender a revalorar a las personas con las que convivo diario, espero que mis hijos finalmente puedan darse cuenta de que podemos aprender a querernos de otra manera.
- 11 Para fomentar las relaciones afectivas necesitamos amor, tener disposición y aprender de nuestras experiencias tanto negativas como positivas, crecer como familia es superar nuestras crisis y perseverar en nuestra supervivencia.
- 12 Ser tolerante, perdonar y continuar requerimos todos los días hacerlo si de lo que se trata es de poner el ejemplo a los demás con nuestro propio ejercicio de afectividad.
- 13 A veces el ser demasiado afectivos nos hace mucho daño porque podemos caer en la sobreprotección, mejor amar siendo interdependientes.
- 14 No ser tan duros, y ser mas asertivos al momento de decir lo que no nos gusta, empezar primero por uno antes que corregir al otro.

**CHP**  
**Cuestionario de Habilidades de Protección**  
 CÉDULA DE REGISTRO  
 COMUNIDAD  
 1ERA. EVALUACIÓN (2º ciclo)

**Fecha: agosto 2007**

**Grupo: Comunidad**

Para cada grupo con el que vayas a trabajar las sesiones preventivas, valora la utilización o existencia de la habilidad, con base en *tus propias* observaciones de campo, durante los contactos con los grupos. Si hay una situación difícil de valorar, apunta los ejemplos o dificultades para su valoración en el renglón de ejemplos. Recuerda que éste es un cuestionario *grupal* y no individual. Es una cédula de registro para que únicamente tú las llenes, reflexionando sobre tus observaciones. Deberá ser contestado antes y después de cada uno de los ciclos de trabajo.

**Los 52 reactivos que contiene este cuestionario deberán ser contestados con la siguiente escala:**

1. Nunca    2. Muy pocas veces    3. Alguna vez    4. A menudo    5. Siempre.

**Disfrutar sin droga**

1. El grupo en su mayoría expresa lo que sienten hacia su persona o hacia las demás personas.    1 2 3 4 5
2. El grupo en su mayoría es capaz de identificar y conocer los propios sentimientos, y expresarlo en palabras.    1 2 3 4 5

Ejemplo: No siempre las personas expresan sus sentimientos y/o necesidades afectivas

**Meditación Activa**

3. El grupo en su mayoría practica la relajación, respiración y concentración.    1 2 3 4 5
4. El grupo en su mayoría es capaz de darse cuenta de lo que pasa a su alrededor y tiene la capacidad de concentrarse cuando se les habla.    1 2 3 4 5

Ejemplo: Sí, las sesiones preventivas se hacen amenas, el grupo es capaz de disfrutarlas y relajarse

**Abrirse a nuevos aprendizajes**

5. El grupo en su mayoría es capaz de escuchar, mantener e iniciar una conversación, expresando ideas o afectos, sobre lo que necesita o lo que le gustaría aprender.    1 2 3 4 5
6. El grupo en su mayoría es capaz de identificar la rabia y canalizarla adecuadamente, y de enfrentar a las personas aun cuando existe enojo.    1 2 3 4 5

Ejemplo: Al brindar confianza a los participantes; escuchan, aprenden y se expresan ampliamente.

**Unificar sentimientos, pensamientos, acciones**

7. El grupo en su mayoría es capaz de conocer lo que piensa, lo que siente y lo que hace en un momento dado.    1 2 3 4 5
8. El grupo en su mayoría es capaz de concentrarse en un tema mientras interactúa con las personas.    1 2 3 4 5

Ejemplo: Es importante crear emociones asertivas en los participantes



### **Controlar la tensión**

9. El grupo en su mayoría es capaz de respirar profundamente y sin ansiedad, la mayor parte del tiempo; o al menos, es un recurso que se usa para eliminar la tensión. 1 2 3 4 5
10. La mayor parte del grupo, generalmente no presenta síntomas de estrés, apatía, sueño, enojo y/o indisciplina. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Por temor a ser juzgados, no demostramos lo que sentimos, pensamos o queremos.

### **Desarrollo del sentido de pertenencia**

11. Los miembros del grupo en su mayoría se sienten parte de un grupo muy definido: de su familia, de su escuela, del programa y es capaz de seguir instrucciones y participar para integrarse. 1 2 3 4 5
12. El grupo en su mayoría expresa el deseo de formar una asociación, una banda o un grupo para ayudar o para aprender nuevas cosas. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Debemos ser más emotivos y estrechar lazos afectivos entre los integrantes.

### **Tomar decisiones de protección**

13. Los miembros del grupo en su mayoría antes de actuar en una situación importante para su vida, consideran las posibilidades y eligen la que les hará sentirse mejor. 1 2 3 4 5
14. El grupo en su mayoría toma decisiones realistas sobre lo que necesita antes de realizar una tarea. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Como sabemos que vamos a aprender de todos, procuramos hacer lo mejor para bien del grupo.

### **Protegerse del daño**

15. El grupo en su mayoría de alguna manera intenta comprender lo que sienten los demás y procura actuar en consecuencia. 1 2 3 4 5
16. El grupo en su mayoría disfruta de hacer cosas con la familia, con amigos y con otros familiares. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Mientras haya convivencia, comunicación y participación de todos, el grupo será más homogéneo

### **Participación en la comunidad**

17. El grupo en su mayoría defiende sus derechos, expresando claramente su postura. 1 2 3 4 5
18. El grupo en su mayoría es pide ayuda y denuncia injusticias a sus derechos o los de la comunidad. 1 2 3 4 5

Ejemplo: los temas que hemos tratado en el grupo cada uno han participado con nuestra propia voluntad, se habla espontáneamente.

### **Ayudar a un compañero adicto**

19. El grupo en su mayoría, identifica el enfado o las reacciones negativas de los otros, sin involucrarse. 1 2 3 4 5
20. El grupo en su mayoría, se da cuenta que está asustado y hace algo para resolver su miedo. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Silvia se identifico con el tema, la gente se está reconociendo, dejando fluir todo lo que hay en su haber y están retomando idas para resolver sus problemas.

### **Conocer el cuerpo del hombre y de la mujer**

21. El grupo en su mayoría, identifica por nombre y ubicación externa e interna los órganos y partes del cuerpo en un esquema del hombre y de la mujer. 1 2 3 4 5

22. El grupo en su mayoría conoce el funcionamiento de los órganos sexuales masculinos y femeninos: 1 2 3 4 5

Ejemplo: Algunas veces se han tocado estos puntos, pero hay mucha vergüenza y duda en los participantes, principalmente jóvenes.

### **Ser capaz de tener relaciones y comunicación significativa** 1 2 3 4 5

23. El grupo en su mayoría, se comunica clara y espontáneamente con la familia, con los amigos y la escuela y en el trabajo (al menos en alguno de esos escenarios).

24. El grupo en su mayoría comunica con frecuencia lo que siente o lo que piensa. 1 2 3 4 5

Ejemplo Como es que hablamos con las personas y todos los familiares, todos decimos que si hemos hablado con otras personas y la honestidad ha sido su principal valor

### **Qué hacer frente a situaciones relacionadas con adictos**

25. El grupo en su mayoría reconoce que las reacciones de los adictos son producto de su enfermedad, y no de lo que él hace. 1 2 3 4 5

26. El grupo en su mayoría se da cuenta de que el valor de una persona y su autoestima, son más importantes que meterse en problemas con personas adictas. 1 2 3 4 5

Ejemplo: En el tema anterior vimos como por ejemplo Javier, hablo con desconocidos el nos inmiscuyo mas allá de lo necesario sin forzar la participación de los demás.

### **Cómo lograr estabilidad interna**

27. El grupo en su mayoría tiene la habilidad para sentirse acompañado de sí mismo y por lo tanto puede hacer contacto con su mundo interno. 1 2 3 4 5

28. El grupo en su mayoría tiene la habilidad para observar la naturaleza y el medio ambiente, en un parque, en el cielo, en el viento, etc. y sentir placer. 1 2 3 4 5

Ejemplo: con terapias de respiración y las técnicas psicocorporales, obsérvanos la naturaleza y estamos más tranquilos dice Lourdes, el cielo lo observa trata de sentir placer cuando me llega el aire y la naturaleza, esto nos ayuda a encontrar un placer en nosotros mismos

### **Asumir pérdidas**

29. El grupo en su mayoría permite que los demás sepan de él y se interesen por él. 1 2 3 4 5

30. Los miembros del grupo en su mayoría, cuando se sienten muy tristes piden ayuda o se hacen acompañar de alguien más. 1 2 3 4 5

Ejemplo: En cuanto termina la sesión la gente se va, y ya no hay más contacto. Debería haber más comunicación interpersonal.

### **Negociar con la familia**

31. El grupo en su mayoría es capaz de determinar cuándo lo han dejado de lado, y luego hace algo para sentirse mejor en esa situación. 1 2 3 4 5

32. Los miembros del grupo en su mayoría, se las arreglan sin perder el control cuando los demás hacen bromas sobre él. 1 2 3 4 5

Ejemplo: En general el grupo se comporta de forma abierta, no se discute, ni se critica innecesariamente, es un buen grupo.

### **Establecimiento de relaciones sexuales sanas**

33. Los miembros del grupo en su mayoría, saben identificar lo que siente su cuerpo y son capaces de distinguir entre afecto y excitación sexual. 1 2 3 4 5

34. Los miembros del grupo en su mayoría pueden negarse a una relación sexual si no están totalmente decididos(as) a tenerla. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Aun no se han profundizado en estos temas.

### **Cómo detectar y atender enfermedades**

35. Los miembros del grupo en su mayoría, son capaces de tomar conciencia de sus órganos y percibir cuando algo en sus cuerpos está funcionando mal. 1 2 3 4 5

36. Los miembros del grupo en su mayoría, se interesan por cuidarse y solicitar ayuda de un adulto, de su familia, o de alguna institución de salud cuando lo necesitan. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Se ha tomado conciencia de la calidad de la salud corporal y física a través de los ejercicios psicocorporales.

### **Cómo iniciar una vida sexual protegida**

37. Los miembros del grupo en su mayoría, conocen y aceptan el condón, cómo se usa, así como otros métodos anticonceptivos para la mujer y son capaces de utilizarlos en caso necesario. 1 2 3 4 5

38. Los miembros del grupo en su mayoría saben las reglas higiénicas que es necesario seguir para tener una vida sexual protegida y son capaces de llevarlas a cabo en el momento necesario. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Se observa un grado importante de responsabilidad en los participantes al tratar este tipo de medidas preventivas dentro del grupo.

### **Cómo cuidar la alimentación**

39. Los miembros del grupo en su mayoría se dan cuenta del efecto que tienen en su organismo los alimentos que acostumbran consumir y son capaces de procurar consumir lo que no les hace daño: 1 2 3 4 5

40. Los miembros del grupo en su mayoría prefieren comer alguna fruta de temporada en lugar de una golosina no natural. 1 2 3 4 5

Ejemplo: La mayoría muestra una preocupación por mejorar sus hábitos alimenticios y lo consideran un rubro necesario y urgente de abordar.

### **Cómo conservar la salud**

41. Los miembros del grupo en su mayoría, sienten e identifican con imaginación y auto percepción, a cada parte de cuerpo y sus órganos. 1 2 3 4 5

42. Los miembros del grupo en su mayoría se escuchan a sí mismos y son conscientes de sus procesos mentales. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Si por ejemplo, Silvia como aurora han comentado comenzar a ser concientes de como analizan sus pensamientos con mayor detenimiento y dicen ahora no dejarse llevar tan fácil por lo primero que se les viene a la cabeza.

#### **Aprender a usar el tiempo libre**

43. Los miembros del grupo en su mayoría, están dispuestos a ayudar a los demás, si lo necesitan y se muestran solidarios. 1 2 3 4 5

44. Los miembros del grupo en su mayoría, son capaces se recompensan con diversión o actividades que les agradan, además de trabajar, estudiar o atender a sus deberes: 1 2 3 4 5

Ejemplo. Intentan hacer amistades y compartir intereses entre todos, hay planes de hacer un pick nick, por ejemplo.

#### **Tener una sexualidad sana**

1 2 3 4 5

45. Los miembros del grupo en su mayoría, tienen información sobre enfermedades de transmisión sexual, sobre todo del SIDA, y se protegen para no contraerlas.

46. Los miembros del grupo en su mayoría, sienten confianza con su pareja sexual, cuando creen que se están originando problemas, e intentan encontrar una solución. 1 2 3 4 5

**Ejemplo:** Se ha hecho énfasis en las primeras sesiones de no dejarse chantajear ni utilizar esta forma de control con el otro tanto es sus relaciones con las parejas como en general con la familia.

#### **Detectar necesidades sexuales y afectivas**

47. Los miembros del grupo en su mayoría, pueden darse cuenta cuando alguien más abusa sexual o de modo afectivo y detener esa situación por si mismos o con ayuda de alguien. 1 2 3 4 5

48. Los miembros del grupo en su mayoría, son capaces de hacer frente a las presiones de grupo y pueden influir para que sucedan cosas distintas. 1 2 3 4 5

Ejemplo. Existe una cohesión que empieza a manifestarse entre los participantes y eso es muy positivo para el clima grupal.

#### **Establecer relaciones de afecto**

49. Los miembros del grupo en su mayoría, muestran que pueden hacer algo que les ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibidos (as). 1 2 3 4 5

50. Los miembros del grupo en su mayoría, se dan cuenta cuando están asustados y hacen algo para resolver su miedo. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Se habla de los nervios de hablar frente al grupo pero también, del compromiso con la causa Chimalli que es prevención, esto ayuda a motivar a los participantes.

#### **Negociaciones relacionadas con el dinero y trabajo**

51. Los miembros del grupo en su mayoría, planifican la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática en que desean obtener algo. 1 2 3 4 5

52. Los miembros del grupo en su mayoría, saben cómo y dónde conseguir la información que necesitan. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Existe el respeto y el ánimo de unos a otros y se dan propuestas para salir a informarse a museos por ejemplo para saber más de los temas como adicciones

**CHP**  
**Cuestionario de Habilidades de Protección**  
 CÉDULA DE REGISTRO  
 COMUNIDAD  
 2ª. EVALUACIÓN (2º. Ciclo)

**Fecha:** octubre      **2007**      **Grupo:** Comunidad  
**abierta**  
**Comunidad:** Casa de la Cultura, Deportivo Huayamilpas

Para cada grupo con el que vayas a trabajar las sesiones preventivas, valora la utilización o existencia de la habilidad, con base en *tus propias* observaciones de campo, durante los contactos con los grupos. Si hay una situación difícil de valorar, apunta los ejemplos o dificultades para su valoración en el renglón de ejemplos. Recuerda que éste es un cuestionario *grupal* y no individual. Es una cédula de registro para que únicamente tú las llenes, reflexionando sobre tus observaciones. Deberá ser contestado antes y después de cada uno de los ciclos de trabajo.

**Los 52 reactivos que contiene este cuestionario deberán ser contestados con la siguiente escala:**

1. Nunca    2. Muy pocas veces    3. Alguna vez    4. A menudo    5. Siempre.

**Disfrutar sin droga**

1. El grupo en su mayoría expresa lo que sienten hacia su persona o hacia las demás personas.    1 2 3 4 5
2. El grupo en su mayoría es capaz de identificar y conocer los propios sentimientos, y expresarlo en palabras.    1 2 3 4 5

**Meditación Activa**

3. El grupo en su mayoría practica la relajación, respiración y concentración.    1 2 3 4 5
4. El grupo en su mayoría es capaz de darse cuenta de lo que pasa a su alrededor y tiene la capacidad de concentrarse cuando se les habla.    1 2 3 4 5

**Abrirse a nuevos aprendizajes**

5. El grupo en su mayoría es capaz de escuchar, mantener e iniciar una conversación, expresando ideas o afectos, sobre lo que necesita o lo que le gustaría aprender.    1 2 3 4 5
6. El grupo en su mayoría es capaz de identificar la rabia y canalizarla adecuadamente, y de enfrentar a las personas aun cuando existe enojo.    1 2 3 4 5

**Unificar sentimientos, pensamientos, acciones**

7. El grupo en su mayoría es capaz de conocer lo que piensa, lo que siente y lo que hace en un momento dado. Por ejemplo: piensa en un día que te enojaste ¿puedes saber qué pensabas y cómo te comportaste en ese momento?    1 2 3 4 5
8. El grupo en su mayoría es capaz de concentrarse en un tema mientras interactúa con las personas:    1 2 3 4 5

**Controlar la tensión**

9. El grupo en su mayoría es capaz de respirar profundamente y sin ansiedad,    1 2 3 4 5

la mayor parte del tiempo; o al menos, es un recurso que se usa para eliminar la tensión.

10. La mayor parte del grupo, generalmente no presenta síntomas de estrés, apatía, sueño, enojo y/o indisciplina. 1 2 3 4 5

**Desarrollo del sentido de pertenencia**

11. Los miembros del grupo en su mayoría se sienten parte de un grupo muy definido: de su familia, de su escuela, del programa y es capaz de seguir instrucciones y participar para integrarse. 1 2 3 4 5

12. El grupo en su mayoría expresa el deseo de formar una asociación, una banda o un grupo para ayudar o para aprender nuevas cosas. 1 2 3 4 5

**Tomar decisiones de protección**

13. Los miembros del grupo en su mayoría antes de actuar en una situación importante para su vida, consideran las posibilidades y eligen la que les hará sentirse mejor. 1 2 3 4 5

14. El grupo en su mayoría toma decisiones realistas sobre lo que necesita antes de realizar una tarea. 1 2 3 4 5

**Protegerse del daño**

15. El grupo en su mayoría de alguna manera intenta comprender lo que sienten los demás y procura actuar en consecuencia. 1 2 3 4 5

16. El grupo en su mayoría disfruta de hacer cosas con la familia, con amigos y con otros familiares. 1 2 3 4 5

**Participación en la comunidad**

17. El grupo en su mayoría defiende sus derechos, expresando claramente su postura. 1 2 3 4 5

18. El grupo en su mayoría es pide ayuda y denuncia injusticias a sus derechos o los de la comunidad. 1 2 3 4 5

**Ayudar a un compañero adicto**

19. El grupo en su mayoría, identifica el enfado o las reacciones negativas de los otros, sin involucrarse. 1 2 3 4 5

20. El grupo en su mayoría, se da cuenta que está asustado y hace algo para resolver su miedo. 1 2 3 4 5

**Conocer el cuerpo del hombre y de la mujer**

21. El grupo en su mayoría, identifica por nombre y ubicación externa e interna los órganos y partes del cuerpo en un esquema del hombre y de la mujer. 1 2 3 4

22. El grupo en su mayoría conoce el funcionamiento de los órganos sexuales masculinos y femeninos. 1 2 3 4 5

**Ser capaz de tener relaciones y comunicación significativa**

23. El grupo en su mayoría, se comunica clara y espontáneamente con la familia, con los amigos y la escuela y en el trabajo (al menos en alguno de esos escenarios). 1 2 3 4 5

24. El grupo en su mayoría comunica con frecuencia lo que siente o lo que piensa. 1 2 3 4 5

#### **Qué hacer frente a situaciones relacionadas con adictos**

25. El grupo en su mayoría reconoce que las reacciones de los adictos son producto de su enfermedad, y no de lo que él hace. 1 2 3 4 5

26. El grupo en su mayoría se da cuenta de que el valor de una persona y su autoestima, son más importantes que meterse en problemas con personas adictas 1 2 3 4 5

#### **Cómo lograr estabilidad interna**

27. El grupo en su mayoría tiene la habilidad para sentirse acompañado de sí mismo y por lo tanto puede hacer contacto con su mundo interno. 1 2 3 4 5

28. El grupo en su mayoría tiene la habilidad para observar la naturaleza y el medio ambiente, en un parque, en el cielo, en el viento, etc. y sentir placer. 1 2 3 4 5

#### **Asumir pérdidas**

29. El grupo en su mayoría permite que los demás sepan de él y se interesen por él. 1 2 3 4 5

30. Los miembros del grupo en su mayoría, cuando se sienten muy tristes piden ayuda o se hacen acompañar de alguien más. 1 2 3 4 5

#### **Negociar con la familia**

31. El grupo en su mayoría es capaz de determinar cuándo lo han dejado de lado, y luego hace algo para sentirse mejor en esa situación. 1 2 3 4 5

32. Los miembros del grupo en su mayoría, se las arreglan sin perder el control cuando los demás hacen bromas sobre él. 1 2 3 4 5

Ejemplo: En el grupo suele pasar que algunas personas hacen bromas, pero los demás arreglan todo, no tomando en cuenta y todo vuelve a la normalidad.

#### **Establecimiento de relaciones sexuales sanas**

33. Los miembros del grupo en su mayoría, saben identificar lo que siente su cuerpo y son capaces de distinguir entre afecto y excitación sexual. 1 2 3 4 5

34. Los miembros del grupo en su mayoría pueden negarse a una relación sexual si no están totalmente decididos(as) a tenerla. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Hay algunas personas que tiene mala información sobre la sexualidad, ignoran el tema y por eso no pueden distinguir ni decidir sobre las relaciones sexuales.

#### **Cómo detectar y atender enfermedades**

35. Los miembros del grupo en su mayoría, son capaces de tomar conciencia de sus órganos y percibir cuando algo en sus cuerpos está funcionando mal. 1 2 3 4 5

36. Los miembros del grupo en su mayoría, se interesan por cuidarse y solicitar ayuda de un adulto, de su familia, o de alguna institución de salud cuando lo necesitan. 1 2 **3** 4 5

Ejemplo: Creo que a pesar de que sabemos que tenemos que cuidarnos, examinarnos y tenemos información falta hacer conciencia para hacerlo.

#### **Cómo iniciar una vida sexual protegida**

37. Los miembros del grupo en su mayoría, conocen y aceptan el condón, cómo se usa, así como otros métodos anticonceptivos para la mujer y son capaces de utilizarlos en caso necesario. 1 2 3 **4** 5

38. Los miembros del grupo en su mayoría saben las reglas higiénicas que es necesario seguir para tener una vida sexual protegida y son capaces de llevarlas a cabo en el momento necesario. 1 2 3 **4** 5

Ejemplo: Todos tenemos información de las reglas higiénicas al tener una vida sexual y el uso de anticonceptivos y la conciencia y responsabilidad.

#### **Cómo cuidar la alimentación**

39. Los miembros del grupo en su mayoría se dan cuenta del efecto que tienen en su organismo los alimentos que acostumbran consumir y son capaces de procurar consumir lo que no les hace daño. 1 2 3 **4** 5

40. Los miembros del grupo en su mayoría prefieren comer alguna fruta de temporada en lugar de una golosina no natural. 1 2 3 **4** 5

Ejemplo: Todos sabemos lo que nos hace daño, sin embargo, no tenemos la conciencia que comemos lo que nos afecta.

#### **Cómo conservar la salud**

41. Los miembros del grupo en su mayoría, sienten e identifican con imaginación y auto percepción, a cada parte de cuerpo y sus órganos. 1 2 **3** 4 5

42. Los miembros del grupo en su mayoría se escuchan a sí mismos y son conscientes de sus procesos mentales. 1 2 3 **4** 5

Ejemplo: En el grupo hay personas que son conscientes de lo que les pasa y se escuchan así mismos, pero hay algunos otros que necesitan practicar.

#### **Aprender a usar el tiempo libre**

43. Los miembros del grupo en su mayoría, están dispuestos a ayudar a los demás, si lo necesitan y se muestran solidarios. 1 2 3 **4** 5

44. Los miembros del grupo en su mayoría, son capaces se recompensan con diversión o actividades que les agradan, además de trabajar, estudiar o atender a sus deberes. 1 2 3 **4** 5

Ejemplo: Hay pocos en el grupo que yo observo que se preocupan por ellos mismo o a veces no son capaces de atenderse.

#### **Tener una sexualidad sana**

45. Los miembros del grupo en su mayoría, tienen información sobre enfermedades de transmisión sexual, sobre todo del SIDA, y se protegen para no contraerlas. 1 2 3 **4** 5

46. Los miembros del grupo en su mayoría, sienten confianza con su pareja sexual, cuando creen que se están originando problemas, e intentan encontrar una solución. 1 2 3 **4** 5



**Ejemplo:** La mayoría tiene información sobre las enfermedades de transmisión sexual, pero aun falta más por saber.

**Detectar necesidades sexuales y afectivas**

47. Los miembros del grupo en su mayoría, pueden darse cuenta cuando alguien más abusa sexual o de modo afectivo y detener esa situación por si mismos o con ayuda de alguien. 1 2 3 4 5

48. Los miembros del grupo en su mayoría, son capaces de hacer frente a las presiones de grupo y pueden influir para que sucedan cosas distintas. 1 2 3 4 5

Ejemplo: En el grupo sabemos como fomentar el afecto en nuestro entorno, solo faltaría ayudar a la demás gente.

**Establecer relaciones de afecto**

49. Los miembros del grupo en su mayoría, muestran que pueden hacer algo que les ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibidos (as). 1 2 3 4 5

50. Los miembros del grupo en su mayoría, se dan cuenta cuando están asustados y hacen algo para resolver su miedo. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Sabemos que tenemos que pensar positivamente, en el grupo hacemos varias dinámicas de relajación para que mejoremos nuestros pensamientos.

**Negociaciones relacionadas con el dinero y trabajo**

51. Los miembros del grupo en su mayoría, planifican la mejor forma para exponer su punto de vista antes de una conversación problemática en que desean obtener algo. 1 2 3 4 5

52. Los miembros del grupo en su mayoría, saben cómo y dónde conseguir la información que necesitan. 1 2 3 4 5

Ejemplo: Todos sabemos donde acudir cuando necesitamos ayuda y también nosotros mismos podemos ayudar a los demás.



## Primer ciclo preventivo



**Determinación de los focos rojos en la comunidad (IRPARCO)**



**Evaluación del nivel de disposición al cambio en la red (INDICE)**



**Personas de la comunidad que acudieron a las sesiones preventivas**



## 2º Ciclo Preventivo



Dos promotores impartiendo habilidades para la vida





**Tres integrantes jóvenes de la red impartiendo la habilidad “Cómo iniciar una vida sexual protegida”**



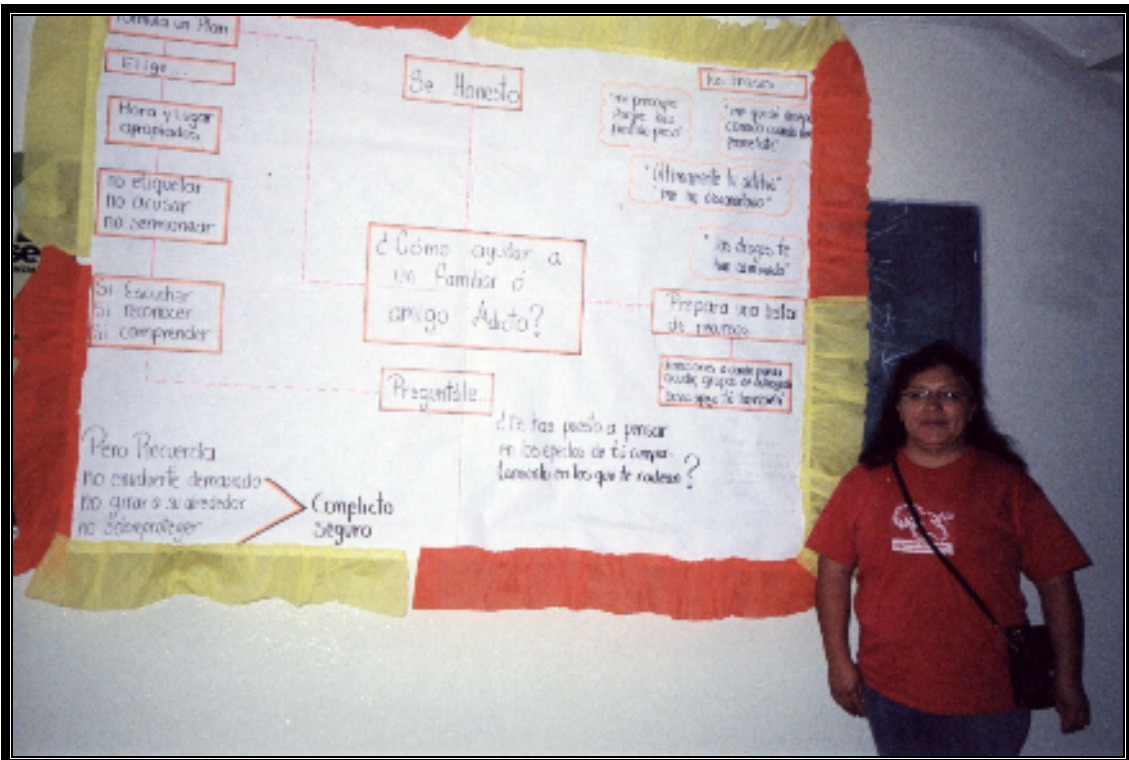


**En el segundo ciclo la participación fue promovida primordialmente por la red**





**Cuatro integrantes de la red elaboraron y expusieron un mapa mental sobre la habilidad “Como ayudar a un compañero adicto”**







**Un participante, estudiante de medicina, perteneciente a la comunidad sugirió dar la sesión preventiva “Cómo conservar la salud”**



**En la sesión preventiva “Manejo del tiempo libre”**

## Intervención con la Comunidad Estudiantil



La promotora con el grupo de estudiantes de primer año



Dos estudiantes exponen carteles con mensajes protectores

Testimonios y/o experiencias en los 12 integrantes de la red sobre las seis áreas de impacto evaluadas por el *Instrumento Aboni Natabo*.

### Información

**Cuente un testimonio o experiencia sobre los avances que ha captado en cuanto al conocimiento de la problemática abordada por el plan de acción chimalli.**

1.- En lo personal evito el contacto con sustancias nocivas y prácticas de riesgo, el alejarme de ambientes nocivos o riesgosos que pudieran provocarme un daño.

2.- El control de emociones para manejar situaciones de conflicto sobre todo en el ámbito laboral. En casa mantengo conversaciones con mis hijas y la importancia de transmitirles valores y normas en algunas situaciones.

3.- Ha mejorado la relación familiar y con mis compañeras de trabajo. He aprendido a darme tiempo para mis actividades personales y humanas.

4.- Es muy importante que trabajemos más con la difusión del plan de acción chimalli y es muy importante hacer notar que es un plan preventivo.

5.- He leído un poco más acerca de los riesgos psicosociales de los jóvenes en revistas, libros y conferencias. Platico con mis hermanos, con mi madre acerca de lo que aprendo en las sesiones preventivas.

6.-El conocimiento que he adquirido y la información obtenida me han ayudado a enfrentar los riesgos que hay en la comunidad y dentro de la familia.

7.- Más que la información el contacto con la gente es lo que ha movilizó nuestra conciencia de protegernos.

8.- En lo personal yo tenía muchos problemas, no me sentía bien, antes estaba muy triste, me enojada con todos, cuanto entre a la red y al grupo, me sirvió de mucho ahora platico mis problemas, me siento mejor, respiro mejor.

9.- Creo que el mejor testimonio es el desarrollo de las capacidades personales y en grupo hemos logrado todos los participantes del plan de acción chimalli un cambio notable y un mejoramiento de las actitudes que presentamos ante el planteamiento y resolución de problemas.

10.- La drogadicción es bien detectada y se abordó este tema en varias sesiones.

11.- Me he dado cuenta de la importancia de expresarme con mi cuerpo, alimentación cuidado de la salud, fomento de hábitos como meditación, relajación, todo contribuye al bienestar.

12.- En mi caso he aprendido a tranquilizarme mediante la respiración y el baile. A cambiar mis hábitos alimentación y con ello mi familia.

## **Reflexión**

### **Cuenta una experiencia que muestre las reflexiones de los miembros del plan de acción chimalli y las nuevas formas que se han usado para confrontar los riesgos psicosociales.**

1.- Durante las sesiones semanales, con la participan de los asistentes y la aportación de sus experiencias y tareas realizadas en la semana ya sea personales, en casa o en el trabajo se aprendieron las habilidades.

2.- La comida que se organizó con alimentos sanos fue una grata experiencia por que mejoró la convivencia de la red y el grupo, así como fomentó una buena práctica de alimentación, evitando en lo posible el consumo de comida chatarra y formando un adecuado desarrollo interpersonal.

3.- Conjuntamente hemos reflexionado acerca de las actitudes que hemos asumido frente a nuestros problemas familiares y conyugales y sobre las diferentes formas de abordarlas. Asimismo hemos reflexionado respecto a las drogas, sexo y forma d prevenir adicciones y enfermedades de transmisión sexual.

4.- Estamos acostumbrados a que un taller es para aprender a resolver conflictos ya elaborados, mas no nos damos cuenta que este plan de acción chimalli es para prevención y cambio de actitudes y comportamientos que pueden dañan más nuestra salud mental.

5.-La comunicación con mi madre ha mejorado, le tengo más confianza, de hecho siempre ha existido, pero se ha vuelto más estrecha la relación ella. Tuvimos un problema con mi padre, intenté resolverlo como nos lo dicen en el grupo, pero no resulto pero eso quiere decir que necesito más asertividad con mi papá.

6.-Ahora he aprendido a reflexionar más sobre los riesgos psicosociales sin que mis emociones se vean alteradas. Entre los miembros del plan chimalli nos compartimos experiencias y cambia nuestra perspectiva de ver la realidad.

7.- Nos falta más por reflexionar, pues es importante también aprender a dar.

8.- Ante el grupo hay personas que tenían problemas de tensión y con la respiración han mejorado; es importante que en el grupo cada uno de nosotros expresemos lo que sentimos y nos ayudemos mutuamente.

9.- Juntos hemos reflexionado tratando de lograr una homogeneidad de pensamientos y sentimientos y al mismo tiempo entendiendo la situación de cada uno al externar sus vivencias y preocupaciones. Exponemos abiertamente nuestras inquietudes o desacuerdos y tratamos de que el programa se abra cada vez más para la comunidad.

10.-Cada uno tiene la oportunidad de exponer su opinión de una problemática psicosocial. El hablar de estos temas me hace reflexionar y tomar conciencia para confrontar dichos riesgos.

11.- Se trabaja en equipo comentando lo que se lleva a cabo en casa.

12.- Como red y como grupo analizamos que nuevos temas tratar, después de las 10 primeras sesiones a partir de lo que nosotros mismos vimos que nos rodea y nos hacia falta fortalecer.

## **Participación**

### **Cuenta una experiencia que muestre los medios, las maneras y el alcance de difusión del plan de acción chimalli.**

- 1.- El programa se difunde de forma verbal con familiares, amigos y compañeros de trabajo.
- 2.- Evitando riesgos psicosociales, las exposiciones que dan y son la mejor manera de abrirnos a la comunidad, por ejemplo, el periódico mural que realizamos es el medio de comunicación que busca causar un impacto en la comunidad al explicarles de manera sencilla y grafica los riesgos a los que estamos expuestos.
- 3.- Quizá este equivocado pero considero que hasta este momento el plan poco se ha difundido tal vez porque con los pocos medios que cuento no hemos querido participar de forma comprometida.
- 4.- En este grupo en particular lo que se busca primero es la solución de algún conflicto específico por parte de los integrantes, lo que genera que su participación no sea del todo abierta y clara.
- 5.- Desde que me integré a la red soy más abierto, tengo confianza. He apoyado en la difusión del programa directamente en mi familia, inclusive e tratado de unirme a los jóvenes que ingresan, aprendes mucho de la convivencia también con los mayores, sobre todo.
- 6.- Cuando empezó el plan chimalli los integrantes eran menos, ahora el grupo ha aumentado y las personas se han beneficiado en su vida personal.
- 7.- Falta mayor compromiso y cooperación por parte de todos para hacer participar a la gente.
- 8.- En el grupo dialogamos sobre como podemos evitar los problemas y entre todos nos ayudamos esto es participar.
- 9.- Algunos de los integrantes del plan chimalli que acudieron desde el inicio han ido haciendo extensa la invitación para integrar a más gente, esto es muy bueno pues ha logrado el compromiso con el desarrollo y finalidad de la red.
- 10.- Cada sesión la promotora nos ha carteles para que los hagamos y peguemos en lugares donde vivimos o propaganda del grupo y las sesiones con esto invitar a mas gente a que asista y comparte con nosotros sus experiencia y así enriquecernos.
- 11.- De forma personal se informa a conocidos los beneficios obtenidos con la participación en el taller. Se dejan carteles invitando a la población.
- 12.- En una ocasión hicimos un periódico mural y lo colocamos en el centro comunitario de Santo Domingo, también se distribuyen invitaciones y se pegan algunos carteles.

## Comunicación

### **Cuente una experiencia que muestre que miembros del plan de acción chimalli son más activos en la solución de los riesgos psicosociales.**

1.- De acuerdo a los testimonios o experiencias expuestas en las sesiones, la mayoría de los miembros del grupo han comprendido alguna acción dentro del ámbito familiar, generalmente en lo que respecta a la toma de conciencia de la prevención de riesgos psicosociales.

2.- A raíz de esta grata experiencia y muy enriquecedora he logrado atender mis carencias emocionales y he comentado con mis amistades acerca de los beneficios que implica el plan de acción entre ellos la prevención de riesgos.

3.- Considero que los miembros más activos son las mujeres pues son las que acuden y participan en mayor proporción que los varones.

4.- Debemos tener más apertura en nuestros problemas psicosociales. Hace falta más confianza en algunos miembros para buscar una solución a nuestros problemas. Tal vez no sean tan complicados pero por falta de costumbre o confianza no se da la comunicación.

5.- Algunos jóvenes nos cuesta mucho trabajo hablar, nos da pena pero en lo personal sentía que si hablaba o opinaba me equivocaría, me sentía insegura, pero cuando expuse tuve mucha confianza, pudimos darnos a explicar. He compartido información de las sesiones con otros jóvenes y me tiran de que estoy loca siento raro porque no vez las cosas como ellos.

6.- Ahora se participa más. Los Tams que se han propuesto son difundidos entre los miembros del plan chimalli. Se participa más, tender mas los riesgos se proponen de acuerdo a las experiencias y se dan soluciones de acuerdo a los conocimientos obtenidos.

7.- Muchos asistentes tienen propósitos distintos al proyecto chimalli buscan un desarrollo persona y no comunitario, deberíamos comunicar con mayor detalle nuestros objetivos a la gente.

8.- Los miembros de la red y del grupo son activos en la solución de sus problemas cuando cada uno de ellos practica fuera del plan como manejarlos, es la práctica lo importante.

9.- Algunos Miembros muy jóvenes han contado sus experiencias al grupo acerca de problemáticas en la comunicación y acercamiento con sus familiares y a lo largo del desarrollo de capacidades de razonamiento, tolerancia, empatía y resolución asertiva de problemáticas se ha visto que sus relaciones han mejorado en gran medida.

10.- En primer lugar Marisol por su experiencia y guía da la oportunidad de que cada uno participe. Nicolás es un de las personas que con su experiencia y colaboración comparte y enseña al grupo.

11.- Considero Que la mayoría ponemos en práctica acciones que favorezcan nuestro bienestar.

12.- El señor Alberto comenta o complementa la información que comparte con un grupo de jóvenes que el dirige y yo comento lo comento con mi familia.

## Organización

**Cuenta un ejemplo que muestra la forma en la cual se usan los recursos y se ejerce el liderazgo en situaciones de cambio entorno a la problemática mencionada.**

1.- El grupo apenas empieza y aún falta camino para incidir y actuar en los conceptos planteados, pero también pienso que de seguir trabajando en ello se puede lograr.

2.- Cuando alguien se siente solo, frustrado, sin ánimos es mas difícil que se logre un cambio, el mejor método para cambiar es el darse cuenta de que es necesario un cambio organizado.

3.- En la exposición de temas que afectan a la sociedad.

4.- El programa va funcionando bien, hay que impulsar más a los integrantes toda vez que persiste la búsqueda de apoyo y no del líder.

5.- El liderazgo que tiene Lulu con el grupo es bueno, la admiro porque está al pendiente de lo que nos sucede, del apoyo de darnos información y tiempo.

6.- La red ha sabido utilizar los recursos que se nos proporcionan en forma eficaz para resolver los problemas psicosociales. En el grupo el liderazgo como consecuencia ha sido de mucha valía pues nos han apoyado dirigido en forma amable y respetuosa con sus experiencias.

7.- Falta mucho por organizarnos, considero que aún falta más compromiso.

8.- En el grupo comunicamos y platicamos a los demás como pueden mejorar o prevenir los problemas y los invitamos a participar.

9.- Cada uno de los miembros ha tenido la oportunidad de demostrar o utilizar los recursos con que cuenta en diferentes ocasiones y han ejercido y fortalecido su liderazgo.

10.- Los recursos han sido periódicos mulares y propaganda y hemos salido a darnos a conocer. En forma personal he platicado y aplicado lo que aprendo en mi comunidad.

11.- Los miembros del plan chimalli se informan y pasan la voz a otras personas, se ponen en práctica las habilidades como toma de decisiones, relajación, etc. Existe un liderazgo, hay un compromiso en Marisol que inició todo el plan.

12.- Ya no me quedo callada, cuando tengo que hablar y cuando tengo que escuchar he aprendido a oír.

## **Incidencia**

### **Cuente una experiencia que muestre Como el plan de acción chimalli influye en la atención de los riesgos psicosociales en la comunidad.**

- 1.- Considero al que respecto que aún falta tiempo y acciones para trascender en el trabajo del grupo y llegar a esta etapa de involucramiento con autoridades y gobierno.
- 2.- Con el programa en mi caso personal he vencido parte de mi timidez y comunicarme con los demás además de que me siento comprometido con lo que les pasa a los demás.
- 3.-Lamentablemente en los diferentes ordenes de gobierno no les interesa la opinión ciudadana o de los equipos organizados, por eso aunque los riesgos psicosociales son muy amplios y diversos poco se puede incidir con una estructura de gobierno ocupada en atender sus intereses partidistas.
- 4.- Con las personas que he platicado desconocen el plan de acción chimalli al grado tal que veo que no les interesa sabe nada.
- 5.- No existe aún influencia del programa en otros de la comunidad, todos trabajan aislados.
- 6.- Se pone más atención en las actitudes de las personas, de cómo dicen algo y se hace lo contrario y darnos cuenta cómo nos afectan y tratar de tomar más conciencia.
- 7.- La incidencia ha sido realmente pobre en la estructura comunitaria.
- 8.- Pienso que influye mucho para todos saber como resolver los problemas o prevenirlos y si sabemos como prevenir o las consecuencias de lo que hacemos tendremos conciencia y todo será mejor.
- 9.- No tengo conocimiento o información acerca de la intervención de las autoridades con la comunidad, pero si creo que seria importante una mayor y mejor interacción de las mismas, así como hacer públicos los avances y logros que se obtengan.
- 10.- El poner el periódico y repartir propaganda así como transmitir los avances que tenemos en el grupo ha hecho que personas al menos pregunten. Aunque si es verdad que es difícil pues la gente antepone sus apuraciones diarias para poder asistir.
- 11.- El programa ha incidido en mi familia, personalmente me ha dado más herramientas para prevenir en elementos de orientación. El programa cuenta con una guía organizada, un libro y con las aportaciones de los miembros he compartido otros mensajes con mi propia familia y las otras.
- 12.- Porque podemos identificar los problemas existentes y como podemos protegernos de ello.



## **Transformación de actitudes**

**Cuenta una experiencia que muestre que desde que se implementó el plan de acción chimalli ha habido incremento de las habilidades y cambios de actitudes en los participantes frente a los riesgos psicosociales.**

1.- Cambios en el estado de ánimo, en la forma de enfrentar problemas cotidianos, en los hábitos en relación con el control de respiración, relajación convivir y conocer con personas nuevas. Cambio en la alimentación en forma positiva. Con la habilidad e investigar temas nuevas, de reflexionarlos, de incrementar autoestima.

2.- He tenido mayor control del estrés, cuidado de mi alimentación y una mayor apertura expresada en confianza en mis relaciones interpersonales.

3.- Por ejemplo he empezado la habilidad de entender que en nuestro entorno social existen diferentes formas de pensamiento y que yo no puedo cambiar a los demás que las preferencias he ideas propias las debo construir partiendo de mi interior.

4.- Se buscan alternativas para la transformación de actitudes, pero persiste la codependencia, toda vez que el medio y los medios de comunicación son más fuertes, debemos documentarnos más.

5.- Definitivo, me siento más madura y conciente de mis actos, sobre todo siento que estoy aprendiendo a tomar mis propias decisiones.

6.- Estoy tratando de adquirir habilidades para poder hablar en grupo, mejorando mi autoestima.

7.- Soy un tanto más tolerante con la gente y ya no me aísló tanto.

8.- Muchos de los participantes de este grupo han mejorado, me incluyo, su autoestima tienen conciencia de sus acciones sabemos respirar.

9.- Si ha habido un gran cambio de actitudes y un mejoramiento de habilidades en los participantes frente a riesgos que se presentan en la comunidad.

10.- He visto varios casos y en especial la mía que el asistir me ha ayudado enfrentar mis miedos, mis temores, mis debilidades y sentirme en el grupo en un ambiente de cordialidad en donde puedo expresar y tomar atención de experiencias que me ayudan a salir adelante.

11.- Comunicación con la familia. Doy mas espacio a negociar y tomar acuerdos. He tenido más acercamientos con miembros de grupo. Mi proyecto de vida se ha enriquecido, soy más flexible y responsables por eso continúo en el proyecto. La responsabilidad social se ha fortalecido en el grupo.

12.- Porque ahora ya casi todos expresamos los cambios que cada quien ha tenido y no hablamos de nuestros grandes problemas así nada mas, sino que los comentamos pero junto con ello como los hemos resultado ya no nos ahogamos tan fácilmente.

## Desarrollo Humano

### **Cuente una experiencia que muestre que a raíz del plan de acción chimalli podemos identificar cambios que llevan a l desarrollo personal y comunitario.**

1.- Anteriormente yo sabia que somos seres humanos y valiosos con riesgo de equivocarnos, con ignorancia de cosas a traes de las reflexión que hemos llevado a cabo en el sentido de que somos seres físicos, espirituales y pensantes mi comprensión de lo anterior a aumentado y su forma externa creo que se refleja en mi actitud en mis hijos, en mis compañeros de trabajo y en mis pacientes y mi yo interno reencuentra más saludable ahora.

2.- Como lo he mencionado tengo mayor confianza en mi mismo eso es algo muy importante.

3.- Algunos De los compañeros que nos hemos integrado al equipo, presentando diversos problemas, hemos encontrado y construido en equipo formas de enfrentarlos.

4.- S i ha mejorado mucho. Solo que por costumbre no se puede cuantificar en virtud de que ya aprendimos con quien hablar y con quien no. Las relaciones humanas entre vecinos están muy limitadas.

5.- He tenido problemas familiares serios y he intentado controlarlos, esperar a calmarme antes de actuar y platicar serenamente de hacerle ver a mi padre algunas cosas que yo siento y esto me ha ayudado y me ha funcionado.

6.- Se ha visto un cambio en forma personal y con la familia se ha organizado un poco más en la comunicación. También se siente como estaba desorganizado mi pensamiento y como empieza a ordenarse.

7.- He aprendido el valor de dar y no solo de recibir.

8.- Cada uno de nosotros ha mejorado, además de que en el nos sentimos muy bien, ya que expresas tus sentimientos y llega a un dialogo.

9.- Si creo que a raíz de la participación en el plan los participantes han obtenido cambios reales en su vida, en el manejo de problemas y conflictos sociales que se les ha presentado, así como un mayor éxito social y mejoramiento de relaciones.

10.-Mis actitudes hacia los demás a mejorado mucho ya que era una persona cerrada y solitaria que no podía expresar lo que sentía ahora poco a poco veo logros, con la gente soy mas abierto y también he notado un cambio en ellos hacia mi. Lo mismo puedo decir de algunos miembros del grupo, en verdad, todos somos buenos compañeros.

11.-Soy y tengo confianza con mi familia, soy abierta, permito ahora más el contacto social y afectuoso en la medida que mis actitudes son mas positivas.

12.- En lo personal he cambiado, por ejemplo, mis apresuramientos, he aprendido a relajarme y he visto que mis hijos y mi esposa también están más relajados.

# Referencias



- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Aldwin, C. M., Sutton, K. J. & Lachman, M. (1996). The development of coping resources in adulthood. *Journal of Personality*, 64, 837-871.
- Allison, J. (1983). *Behavioral economics*. USA: Praeger Publishers.
- Álvarez, E. (2007). *Derechos humanos, juventud y adicciones*. Extraído el día 30 de agosto del 2007 desde: <http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=dfesep07juventudyadicciones>
- Anaya, R. (2006). Bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia del tabaquismo en una cohorte de estudiantes en México. *Salud pública Méx., Cuernavaca. Disponible en: <http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S003636342006000700004&lng=es&nrm=iso>*. Acceso en: 03 Dic 2007. Pré-publicação.
- Anton, B. y Leff, P. (2006). Apuntes de clase "Neurobiología de las adicciones". Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente.
- Arco T. y Fernández A. (2002) Por qué los programas de prevención no previenen? *Revista internacional de psicología clínica y de la salud. Internacional Journal of clinical health psychology. Vol. 2, No. 2, pp. 209-226.*
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M y Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología. Vol. 14 no. 2, 113-127.*
- Ander-Egg, E. (1999). *Introducción a la planificación*. Argentina: Editorial Lumen.
- Avila, G., Ferriani, E., Carvalho, M.; Nakano, A. & Spanó M. (2005). Protection factors against alcohol consumption promoted by pre-school teachers. *Revista Latinoamericana Enfermagem, Vol.13, no. especial*, Extraído el 9 de septiembre del 2007 desde: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-116920](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-116920)
- Babor, T. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol*. Un manual para la utilización en Atención Primaria.
- Baltasar, E. (2007). *La socioconstrucción cotidiana de las culturas políticas de la Ciudad de México del 2012*. Publicado por el Instituto Electoral del Distrito Federal.
- Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social-Comparison Theory*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1982). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Ballesteros, R. (1997). *Introducción ala psicología de la salud. Aspectos conceptuales*. España, Valencia: Promolibro.

- Barudy, J. & Marquebreucq, A.P. (2005). *Hijas e hijos de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Madrid: Editorial Gedisa.
- Becoña, E. y Martín E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. España: Editorial Síntesis.
- Becoña, E., Salazar, I. y Rodríguez, A. (1995). *Prevención en drogodependencias desde una visión crítica*. Universidad de Santiago Compostela.
- Bertalanffy, L. (2000). *Teoría General de Sistemas*. México: Editorial FCE.
- Bickel, W., Green, L. & Vuchinich, R. (1995). Behavioral economics. En: *Journal of the experimental analysis of behaviour*, 64, 3, 257-262
- Bien, T., Miller, W. & Toningan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Bouzas, A. (2007). *Modelos de elección I*. Apuntes de clase Análisis del comportamiento. Facultad de Psicología, UNAM.
- Braun, B. (2006) *Miente spot del senado sobre estragos de las drogas*. Artículo publicado en *vive con drogas*. <http://www.drogasmexico.org>
- Budney, A. & Higgins, S. (1998). A community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction. *Rockeville, MD.: National Institute on Drug Abuse*.
- Bunge, M. y Ardilla, R. (2000). *La filosofía de la psicología*. México: Editorial Paidós.
- Burak, S. (1999). Protección, riesgo y vulnerabilidad. *Adolescencia latinoamericana*, Vol. 1 no. 4, pp. 222-230.
- Cabrejos, J. (2005). La promoción de la resiliencia y el diseño de políticas sociales. *Revista Facultad de ciencias Económicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 10 (28), 47-70.
- Carranza, D., Velásquez, V. y Pedrão, L. J. (2005). Personal satisfaction of adolescent drug addicts in the family environment during treatment at a mental health institute. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol.13, no. especial 836-844. Extraído el 15 de agosto del 2007 desde: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea11.pdf>
- Carreño, S., Medina-Mora, M.E., Martínez, M., Juárez, F. y Vázquez, L. (2006). Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana. *Salud mental*, no.004. Julio-agosto. I. N. P. *Ramón de la Fuente*. Pp. 63-70.
- Carrasco, M. (2007). *La empatía en la terapia cognitivo-conductual*. Departamento de Psicología de la Facultad de ciencias humanas y sociales de la Universidad Pontificia comillas de Madrid.
- Carver, C. (1998). Resilience and thriving: issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54 (2), 245-266.

- Casal, K. (2006). *Principios estratégicos para la prevención de adicciones*. Extraído el 22 de agosto del 2007 desde: [www.sedronar.gov.ar/images/novedades/biblioteca/principiosestrategicosprevencion.pdf](http://www.sedronar.gov.ar/images/novedades/biblioteca/principiosestrategicosprevencion.pdf)
- Castro, M (1990) Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar. *Salud Pública, México*; 32:298-308.
- Castro, M. (2002). *Modelo Chimalli, el escudo protector de la prevención*. Extraído el 27 de septiembre del 2007 desde: <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0392-32.pdf>
- Castro, M. y Llanes, J. (2005). Ocho componentes básicos para un programa de prevención exitoso. *Cuadernos de prevención LXI-LXV. Revista Liberaddictus, no. 85*, 61-67.
- Castro, M. (2006). *Hacia una política social de prevención e las adicciones. Siete puntos básicos para la reflexión*. Notas para la conferencia magistral dictada en la Reunión de la Red por un México Libre de Adicciones, celebrada en México, D.F. en 2005.
- Castro, M. y Llanes, J. (2007). *Sistemas de transferencia tecnológica en prevención de riesgos psicosociales: ¿Adiós a la prevención artesanal?*. Extraído el 15 de agosto del 2007 desde <http://liberaddictus.org/Pdf/0926-95.pdf>
- Castro, M., Margain M., Llanes, J. (2005). *Una propuesta de prevención de riesgos psicosociales con enfoque de género*. Extraído el 3 de septiembre desde <http://liberaddictus.org/Pdf/0898-90.pdf>
- Castro, M., Llanes, J. y Margain, M. (2003). *Éntrale a las protecciones. Estrategias de intervención para la escuela secundaria*. Libro del conductor. Editorial Pax.
- Castro M., Llanes, J. y Carreño, A. (2000). *Material preventivo. Construye tu vida sin adicciones. Una evaluación en cinco grupos trabajados por el Centro de Integración Juvenil Gustavo A. Madero Oriente*.
- Castro, M., Llanes, J. y Margain, M. (2007). *Un nuevo paradigma en la evaluación e planes de acción preventiva*. Extraído el 30 de marzo del 2008 desde: <http://liberaddictus.org/Pdf/0898-90.pdf>
- Castro, M. y Llanes, J. (2006). Tutoría en resiliencia. *Revista Liberaddictus*, ISSN 1405-6569, N°. 94, 2006 , Págs. 101-104
- CEDRO (2003) *El problema de drogas en Perú*. Perú: Ediciones CEDRO.
- Centro de Adicciones y Salud Mental de la Universidad de Toronto (Canadá). (2006). Artículo extraído el 12 de septiembre del 2008 desde: [www.consumer.es/web/es/salud/investigacion\\_medica/2006/05/10/151810.php](http://www.consumer.es/web/es/salud/investigacion_medica/2006/05/10/151810.php) - 44k -
- CIJ. (2000). *Adherencia escolar y consumo de drogas*.
- Cerisola C. (2003). *Resiliencia y programas preventivos*. Extraído el 12 de septiembre del 2007 desde <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpyuZEZkpVfZQEpkhR.php#>

- Chick, J., Lloyd, G., & Crombie, E. (1985). Counselling Problem Drinkers in Medical Wards: A Controlled Study. *British Medical Journal of Clinical Research Education*, 290, 965-967.
- Colodro, M. (2002). Reflexiones sobre el caos. España: Editorial Universitaria, el saber y la cultura.
- Combariza, H. (2001). La resiliencia el oculto potencial del ser humano. Extraído el 15 de septiembre de 2007 desde [http://aiur.eii.us.es/kobukan/la\\_resiliencia.htm](http://aiur.eii.us.es/kobukan/la_resiliencia.htm)
- Cormier, W. y Cormier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao. DDB.
- Cooney, N., Baker, L & Pomeroy, O. (1983). *Cue exposure for relapse prevention in alcohol treatment. Advances in Clinical Therapy*.
- Currie, C., Roberts & C., Morgan, A. (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents*, No.4, Ginebra: WHO Europe.
- Dealhgren, G & Whitehead. M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equito in Health*. Stockolm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- De Paula Ferreiros, V. (1976). *Trabajo social, Ideología y Método*. Buenos Aires Argentina: Editorial Ecro.
- Desjarlais, R., Eisseberg, L., Good B. & Kleinman, A. (1995). *World Mental Health. Problems and priorities en low-countries*. Substance Abuse pp. 87-115.
- Diccionario de Psicología Científica. (2007). Extraído el 13 de diciembre desde: [www.otorredbabel.com](http://www.otorredbabel.com)
- Dirección General de Servicios de Salud Pública del D.F. (DGSSPDF), Instituto de Educación Preventiva y la Atención a Riesgos, AC. (INEPAR). (2005). Cambios de actitudes en escolares de primaria de 52 escuelas. Resultados de las aplicaciones del Modelo preventivo de riesgos psicosociales Chimalli.
- Domjan, M. (1999). Principios de aprendizaje y conducta. México: Thomson.
- Doms, M. y Moscovici, S. (1984). Innovation et influence des minorités en Serge Moscovici (Ed) *Psychologie Sociale* Paris: P.U.F.
- Dusenbury, L. & Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, pp. 420-5.
- Elshikh, H., Fahmy, E., Samy, V. & Fouad, H. (2004). Acontecimientos Vitales y adicción: Una revisión de la bibliografía. *Eur. Journal of Psychiat. (Ed. esp.)*. Vol. 18, no.3, 162-170. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1579699X200400030004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579699X200400030004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1579-699X.
- Ellis, A. (1975). *The new guide to rational living*. New York: Harper y Row.
- Ellis, A., McInemey, J.F. Diguseppe, R. & Yeager, J. (1988). *Rational emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. New York: Pergamon Press.



- Encuesta de Hogares. (2006). Instituto Nacional de Psiquiatria.
- Encuesta Nacional de Juventud. (2005). Instituto Mexicano de la Juventud.
- Esparza, A., Santiago, E., Pillon, S. (2004). Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de educación media. *Revista Enfermagem, marzo-abril; 12 (número especial):324-32*. Extraído el 15 de agosto del 2007 desde: [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)
- Flay, B. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours, 25*, pp. 861–6.
- Fawcett, S., Lewis, R., Andrews, A., Vincent, F., Richter, K., Williams, E. & Copple, B. (1997). Evaluating Community Coalitions for Prevention of Substance Abuse: The case of project Freedom. *Health Education & Behaviour, vol. 24 (6)* 812-828.
- Fawcett, S., Lewis, R., Andrews, A., Vincent, F., Schultz, J., Kimber, P., Rhonda K., Lewis E., Williams, K., Harris, J., Berkley, J., Fisher, J. & Lopez, C. (1995). Using Empowerment Theory in Collaborative Partnerships for Community Health and Development. *American Journal of Community Psychology, Vol. 23, no. 5*, 677-697.
- Fernández, A., Hernández, E. y Ramírez, S. (2006) Conductas agresivas, consumo de drogas e intento de suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia psicológica Junio Año/Vol. 24 número 001. Sociedad Chilena de psicología Clínica, Santiago de Chile*, pp. 63-69.
- Fernández, G. y Ré, F. (2004). *Resiliencia. Ética y Prevención. Guía teórico-práctica de prevención en salud mental y adicciones*. Argentina: Editorial Gabas.
- Fernández, L. y Ruiz, M. (2003). *¿Es posible la prevención en Salud Mental?. Convergencias en el campo de la subjetividad*. Universidad Autónoma Metropolitana. Departamento de Educación y Comunicación.
- Ferrante, D. y Virgolin, M. (2007). *Salud pública y factores de riesgo: vigilancia de factores de riesgo o de enfermedades no transmisibles*. <http://www.sac.org.ar/rac/buscador/2005/73-3-13.pdf>
- Fiellin, D., O'Connor, P., Chawarski, M. & Schottenfeld, R. (2004). Processes of Care during a randomized trial of office-based treatment of opioid dependence in primary care. *The American Journal Addictions, 13:567-578*.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Addison Wesley. USA, 1975.
- Flanders, J. (1968). A Review of Research on Imitative Behaviour. *Psychological Bulletin 69, 968*, pp. 316-337.
- Fleming, M.F., Barry, K.L., Manwell, L.B., Johnson, K., & London, R. (1997). Brief Physician Advice for Problem Alcohol Drinkers. A Randomized Controlled Trial in Community Based Primary Care Practices. *Journal of the American Medical Association, 277, 1039-1045*.

- Freixa N. (2000). *La entrevista con el enfermo alcohólico*. Estrategias motivacionales. *Jano* LIX: 1383-1384.
- Friedman, A. & Bransfield, S. (1995). Early Childhood risk and protective for substance use during early adolescence: Gender differences. *Journal of Child and adolescence substance*, 4, 1-23.
- Froom, E. (1998). *¿Tener o ser?* México: Fondo de cultura económica.
- Fromberg, E. (1994). What is addiction and what kind of addiction do we know?. Ponencia presentada en el Congreso de AEGEE "Addiction and its place in society". Citado por Serrano, C. en el artículo Historia de las adicciones. Extraído el 15 de agosto del 2008 desde: [www.descentralizadrogas.gov.co/tratamiento/HISTORIA%20DE%20LAS%20ADICCIONES](http://www.descentralizadrogas.gov.co/tratamiento/HISTORIA%20DE%20LAS%20ADICCIONES)
- Gallego, R. (2004). Un concepto epistemológico de modelo para la didáctica de las ciencias experimentales. *Revista electrónica de Enseñanza de las ciencias*, Vol. 3, no. 3, artículo 4. Extraído el 2 de junio del 2008 desde [www.saum.ovigo.es/reec](http://www.saum.ovigo.es/reec)
- Gamboa, M. (2003). *Análisis y Síntesis metodológica en el Trabajo Social Contemporáneo de América Latina*. Tesis de licenciatura. Escuela Nacional de Trabajo Social. Universidad Nacional Autónoma de México.
- García, O. (2007). *Prevención de las adicciones*. Extraído el 2 de septiembre desde [www.cndhdf.org](http://www.cndhdf.org)
- García, J. y Ramírez, F. (1996) *La prohibición inútil*. México: Ediciones del milenio.
- García, R. (1993). Algunas intervenciones psicológicas orientadas a la abstinencia en lo dependientes del alcohol. *Anales de Psicología*, 9, 1, pp. 43-51.
- Givaudan, M. (2007). *Invirtiendo en educación abriendo oportunidades con alianzas público privadas*. Retos y oportunidades de la educación en México. Extraído el 10 de octubre de 2007 desde [www.imifap.org.mx](http://www.imifap.org.mx)
- González, M. y Yedra, L. (2006). La escuela y los amigos. Factores que pueden proteger a los adolescentes del uso de sustancias adictivas. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología. Universidad Veracruzana*, enero-junio, Vol. 11 no. 1:23-37.
- González, H., Solís, L. & Sánchez, A. (2006). *Evaluación de un Centro de Tratamiento Ambulatorio para alcoholismo a través de indicadores de desempeño y su relación con las características socio demográficas de los usuarios*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Gordon, R. (1987). *Operational classifications of disease prevention*. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds). *Preventing Mental Disorders*, Rockville, M.D: US Department of Health and Human Services.
- Grossman, J. (1994). Evaluating Social Policies. Principles and US. Experience. *The World Bank Res Obs*. 9, 159-180

- Guzmán F. y Castillo, A. (2005). Adquisición y uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: el efecto de la relación con los amigos. *Revista electrónica de Salud Mental y alcohol y drogas*, Vol.1, no.2, Agosto. Extraído el 13 de septiembre 2007 desde: [http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-](http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-)
- Haberkor, P. (2007). ¿De qué hablamos cuando hablamos de prevención?. Extraído el día 26 de febrero del 2008 desde: [http://www.cheesehosting.com/adicciones/tratamiento\\_de\\_adicciones.php](http://www.cheesehosting.com/adicciones/tratamiento_de_adicciones.php)
- Hansen, W. (1995). Aproximaciones psicosociales a la prevención: El uso de las investigaciones epidemiológicas y etiológicas para el desarrollo de intervenciones efectivas. *Psicología conductual*, vol. 3, no. 3 pp. 357-378.
- Hawkings, J.D. Catalano, R. & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 1, 64-103.
- Hernández, M., Alvarado Ma. L., Soto V. & Rodríguez, G. (1994). Análisis psicosocial de experiencias comunitarias de educación en salud. *Salud Pública. México*, vol. 36, (3), 291-300.
- Higgins, G. & Marcum, C. (2005). Can the Theory of planned behavior mediate the effects of low self-control on alcohol use? *Collage Student Journal*, 39, 90-103.
- Higgins, S.T., Heil, S.H. & Plebani, J. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431.
- Higgins, ST., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F. & Badger, G.J. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioural approach. *American Journal of Psychiatry*, 150,763-769.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Foerg, F., Donham, R. & Badger, G.J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioural treatment of cocaine dependence. *Archives of general psychiatry*, 51,568-576.
- Higgins, S. T., Wong, C., Badger, G., Haug Ogden, D y Dantona, R. (2000). Contingent reinforcement increases abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 64-72.
- Hosman, C. & Dadds, M. (2005). Prevención de los trastornos de ansiedad. Oxford, University Press.
- Hunt, G.M. y Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Hursh, S. (1980). Economic concepts for the analysis of behaviour. En: *Journal of the experimental analysis of behaviour*, 34, 2, 219-238.
- IMIFAP (2007). Página oficial: <http://www.imifap.org.mx/>
- IMIFAP y MENTOR. (2007). *Programa complementario de prevención de consumo de sustancias psicoactivas dirigido a estudiantes de primaria.*

- INEE (2007). *Disciplina, violencia y consumo de sustancias nocivas a la salud en escuelas primarias y secundarias de México*. Extraído el 17 de septiembre desde <http://.inee.edu.mx/>
- INEGI (2005) Censo de población y vivienda del 2005.
- Jodelet, D. (1989). *Las representaciones sociales*. Paris: PUF
- Juárez, G. Villatoro, J., Gutiérrez M. L., Fleiz, C., Medina- Mora, M.E. (2005). Tendencias de la conducta antisocial en estudiantes del Distrito Federal: mediciones 1997-2003. *Revista Salud Mental, Vol. 28, junio*. 60-71.
- Katz, E., Barry S., Schwartz, P; Erick Weintraub, Wardell Barksdale & Robert Robinson (2004) Role Induction: A method for Enhancing Early Retention in Outpatient Drug Free Treatment. *Journal of Consulting and clinical psychology, Vol. 72, no.2* 227-234.
- Kantor, J. R. (1991). *La evolución científica de la psicología*. México: Editorial Trillas.
- Kazdin, A.E. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kumate, J. (2002). Percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos. *CONADIC. No. especial, junio*, 6-11.
- Labrador, F., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2004). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Editado por Dykison- Psicología. España.
- Laparrière H. y Zuñiga, R. (2007) Cuando la comunidad guía la acción. Hacia una evaluación comunitaria alternativa. *Revista Psicología y sociedad, 19 (3)* 39-45 Ontario Canadá.
- Lara, M.A., Romero, M., Dallai, C., Stern, R. y Molina, K. (1998). Percepción que tiene una comunidad sobre el uso de solventes inhalables. *Revista Salud Mental. Vol. 21, no. 2, Abril*. 19-28.
- Larralde, S. (2006). *Problemática y atención de las adicciones en México ¿Quién atiende a los adictos en México?*. Documentos de trabajo. Fundación Rafael Preciado Hernández, A. C.
- Lazcano Ponce E., Salazar Martínez E., Gutiérrez Castellon P., Ángeles Llerenas A., Hernández Garduño A., Viramontes J. L. (2004). Randomized clinical trials: variants, randomization methods, analysis, ethical issues and regulations. *Salud Pública México. Nov-Dec; 46 (6)*: 559-84.
- Leyva, M. y Castillo, F. (2003). Escuela libre de drogas ¿será posible?. Universidad Autónoma Metropolitana- Azcapotzalco, *El cotidiano, noviembre-diciembre, vol. 19, número 122*, 93-104.
- Ling, W., Amass, L., Shoptaw, S. & Annon, J. (2005). A multi-center randomized trial of buprenorphine-naloxone versus clonidine for opioid detoxification: findings from the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. *Addiction núm. 100*: 1090-1100.

- López de la Llave A. & Pérez-Llantada, M. (2004). *Evaluación de programas en psicología aplicada*. Madrid España: Editorial Dykinson psicología.
- López, S., Medina-Mora, M.E. y Ortiz, A. (1984). Percepción y actitudes hacia el consumo de sustancias de abuso a través del método de informantes. *Revista Salud Mental*. Vol. 7, no. 2, Verano, 69-79.
- Luhmann. N. (1997). *Organización y decisión. Autopoiesis, acción y entendimiento comunicativo*. Editado por la Universidad Iberoamericana, Anthropos
- Llanes, J., Elizondo, A. y Castro, M. *Estudios en poblaciones especiales*. Artículo extraído el 24 de mayo del 2008 desde: [www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/obs2002\\_5.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/obs2002_5.pdf) -
- Llanes, J. Castro, M. & Margain, M. (2001). *Protección de la comunidad ante adicciones y violencia Estrategias de Intervención*. México: Editorial Pax.
- Llanes, J. y Castro, M. (2004). Cuestiones sobre evaluación en prevención. *Revista Liberaddictus*, no. 77 enero-febrero.
- Llanes, J. (2005) Métodos de Evaluación Rápida. Artículo extraído el 3 de abril 2008 desde: [www.liberaddictus.org/Pdf/0880-86.pdf](http://www.liberaddictus.org/Pdf/0880-86.pdf)
- Llavota, L. (1984) *El proceso de evaluación conductual*, en Mayor, J. y Labrador, F.J. (Eds). Manual de modificación de conducta. Edit. Alhambra. Madrid.
- Llorens, A., Perelló del Río, M. y Palmer, A., (2004). Las estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones: Revista de social de drogas y alcohol*, no. 16, 4, 261-266.
- Machín, J. (2005). *Otra política de drogas es posible*. Extraído el 12 de febrero del 2008 desde: <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0864-84.pdf>
- Machín, J. (2007). *Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social. Introducción al modelo Eco II*. Extraído el 2 de octubre del 2007 desde <http://www.raiss.cl/boletin1/eco2.pdf>
- Machín, J. y Velasco, M. (2005). *Reflexiones sobre el Primer Encuentro de la Red Centroamericana de Organizaciones que Intervienen en el Sufrimiento Social* (Recoiss). Extraído el 11 de septiembre del 2007 desde: <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0854-82.pdf>
- Machín, J., Zorondo M. (2007). *Introducción al modelo Eco 2*. Extraído el 2 de octubre del 2007 desde: [www.pastoraldedrogadiccion.cl/docs/modelo\\_eco.doc](http://www.pastoraldedrogadiccion.cl/docs/modelo_eco.doc) -
- Margain, M. (2000). El IRPA: un instrumento epidemiológico para la medición e conductas de riesgo-protección psicosocial en poblaciones de jóvenes y adolescentes (Segunda y última parte). *Revista Liberadictus*, núm. 45 diciembre.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention*. The Guilford Press, New York.
- Martín, M., Gómez F., Romero, J. y Otero, E., (1995). *Programas de prevención de drogodependencias en el medio escolar: el programa de entrenamiento en*

*habilidades de vida (ehv)* Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.  
Universidad de Santiago de Compostela, España.

- Martínez, J., Robles, L. & Trujillo, H. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *International Journal of Clinical and Health Psychology, September, 1, vol. 3 no. 003*, 461-475.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2 (4)*, 425-444.
- Mathias, R. (1997). *Protective factors can buffer high-risk youths from drug use*. Artículo Extraído el 7 de agosto del 2007 desde la página de internet: [www.nida.nih.gov/NIDA\\_Notes/NNVol11N3/Protective.html](http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol11N3/Protective.html) - 26k -
- Medina, C. y Barra, E. (2005) Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia psicológica. Diciembre, año7 Vol. 23, no. 2 Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Santiago de Chile*, 5-11.
- Medina-Mora, M.E., Villatoro, J. & Cravioto, P. (2002). Como influye el conocimiento del riesgo en el uso de drogas. *CONADIC. No. especial, junio*, 12-15.
- Milian, Y., Gálvez & E., Alcorta, C. (2005)l. Factores de riesgo para el consumo de drogas ilícitas. *Rev Cubana Med Gen Integr. [online]. sep.-dic. 2005, vol.21, no.5-6 [citado 03 Diciembre 2007]*, p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000500013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500013&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.
- Miller, R. y Rollnick S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós
- Millon, T. (1994). *Psicopatología y Personalidad*. México: Editorial Interamericana.
- Miovsky, M., Miovska, L, Rehan, V. & Trapkova B. (2007). Substance use in fifth-and seventh- grade Basic school pupils: Review of results of quasi-experimental evaluation study. *Academic Research Library, vol. 51*,109-120.
- Morris, J. S. (1965). *Análisis de proyectos*. OEA. Washington D.C.
- Moyle, P. (2003). *International drug court developments, models and effectiveness*, Proyecto de tribunales especializados en materia de drogas del Grupo Pompidou: Estrasburgo.
- Natera, G., Rencoco, M., Almendares, R., Rosowsky, H. y Almentares J. (1983). Comparación transcultural de las costumbres y actitudes asociadas al uso de alcohol en dos zonas rurales de Honduras y México. *Acta Psiquiátrica de psicología en América Latina, 29*,116-127.
- Natera,G., Mora, J. y Tiburcio, M. (1996). *Adicciones y violencia familiar en México*. Centro Universitario para la familia. Universidad Autónoma de Tlaxcala. 93-107.
- Natera, G. (1980). El método del informante para conocer los hábitos de consumo de alcohol en una zona semirural. *Revista. Enseñanza e investigación en Psicología, Vol. V*, pág. 91-100.

- Newcomber, R. The reduction of drug related harm: A conceptual framework for theory, practice and research. En O'Hare, P.A. *The reduction of drug-related harm*. Routledge, London.
- Niaura, R., ROhesenow, D., Binkuff, J., Monti, P., Pedraza, N, Abrams, D., (1988). Relevance of cues reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of anormal psychology*, 97,2, 133-152.
- NIDA (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica*. Versión abreviada, Maryland, USA: Bethesda, 2ª edición.
- NIDA (2001) .*Principios de tratamientos para la drogadicción*.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (1999).
- Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga*. Editado por la UNESCO.
- OMS (2006). *Entrevista con la Directora del programa Toxico dependencia de la OMS María Estela Monteiro*. Extraído el 8 de agosto del 2007 desde [www.oms.com](http://www.oms.com).
- Osorio, E., Ortega de Medina, M. y Pillón, C. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Revista Enfermagem vol. 12 marzo-abril*, 369-375.
- Ortega S., Ramírez M. & Cautelar, A. (2006). Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas publicas de la ciudad de México. *Revista iberoamericana de Educación Organización de estoados Iberoamericanos para la Educación, la ciencia y la cultura (OEI), No. 38*, 147-169.
- Ortiz, A., Rodríguez E., Galván J., Unikel, C. y González, L. (1996). Aportes metodológicos al estudio de las adicciones. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*. V. 19. Suplemento Abril.
- Paglia, A. y Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20(1), pp. 3–50.
- Pastor, J. y López, M. (1993). Modelos teóricos de prevención en toxicomanías. *Revista Anales de Psicología*, 9, 01, 19-30.
- Peñate, M. (2005) Análisis funcional de la conducta de fumar. Publicado en *hojas informativas de las psicólogas de las palmas*, nº 78 de julio, pp. 33-36 (d.l. gc 502-2000; issn 1576-2157).
- Pérez, R. (2003). *La vulnerabilidad psicosocial: la estrategia de intervención y el modo de vida sano*. Instituto superior de ciencia. Medios de la Habana. Universidad Médica de Moscú, la Habana Cubana. Extraído el 18 de mayo del 2008 desde [www.psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com)
- Petry, N. y Heyman, G. (1995). Behavioral economics of concurrent etanol-sucrose and sucrose reinforcement in the rat: effects of altering variable-ratio

- requirements. En: *Journal of experimental analysis of behaviour*, 64, 3, 331-359.
- Pick, S., Poortinga, Y.H. & Givaudan, M. (2003). Integrating intervention theory and strategy in culture-sensitive health promotion programs, *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (4), 422-429.
- Pick, S. & Poortinga, Y. (2005). Marco conceptual y estrategias para el diseño e instrumentación de programas para el desarrollo: Una visión científica, política y psicosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol.37, No. 3, 445-459.
- Pierce, W.D. y Epling, W.F. (1995). *Behavior analysis and learning*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Extraído el 14 de agosto del 2007 desde <http://pnd.presidencia.gob.mx/>
- Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Extraído el 14 de agosto del 2007 desde <http://www.sagarpa.gob.mx/Dgg/FTP/PND0106.pdf>
- Popham, 1976. Jellinek's international survey of drinking customs. Substudy No. 305, *Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario, Canada*.
- Portero, P., Cirne, R. y Mathieu, G. (2002) La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Revista española de Salud publica vol.76 no.5 madrid octubre*. [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500017](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500017)
- Prochaska, J. O. & C. C. DiClemente. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19(3): 276-288.
- Programa de Coinversión Social (2006) *Aproximación del Impacto del programa de formación cívica y ética en las Escuelas secundarias del Distrito Federal: evaluación y recomendación apoyada por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) y el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL)*.
- PESA (2004). *Programa Especial para la Seguridad Alimentaria en Centroamérica Guía metodológica de sistematización*. Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación.
- Rachlin, H. (1989). *Judgment, decision and choice*. USA: W.H. Freeman and Company.
- Rankin, H., Hudgson, R., Stockwell, T (1983). Cue exposure and response prevention with alcoholics: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 435-446.
- Ramírez, L. y Jiménez, L. (2001). *Farmacodependencia: conceptos y enfoques*. Centro de investigaciones Factores de educación, Medellín Colombia.
- Ramos L. (2007). *Exposición a la violencia y uso de sustancias, resultados para reflexionar*. Extraído el 16 de septiembre del 2007: <http://www.cnadhdf.com/>



- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/ exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-144.
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R.L., Ahluwalia, J. & Butler, J. (2000) Cultural Sensitivity in Substance use prevention. *Journal of Community Psychology*. Volume 28, Issue 3 pages 271-290.
- Restrepo, L. (2003). *Resiliencia: Estimulación del niño para enfrentar los desafíos*. México: Lumen Humanitas.
- Reyes, J. (2007). El Economista. Diario. *Las drogas a las primarias*. 13/06/2007
- Rodríguez, J., Fernández, A.M., Hernández, E. y Ramírez, S. (2006). Conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en Jóvenes Universitarios. *Terapia Psicológica*. Junio, año/volumen 24, número 001. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Santiago de Chile, pp. 63-69. Extraído el 13 de noviembre desde: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/785/78524107.pdf>
- Rojas, A. (2005). Comportamiento antisocial y consumo de sustancias psicoactivas en escolares adolescentes de Lima metropolitana. *Dispersión, revista electrónica del Instituto de Psicología del Desarrollo*. Año 11, no. 5, agosto, ISSN 1811-847X, 1-17. [http://www.ipside.org/dispersion/2005-5/5\\_tomas.pdf](http://www.ipside.org/dispersion/2005-5/5_tomas.pdf)
- Rotter, M. (1981). Stress, coping and development some issues and some questions. *Journal Psychology and Psychiatric*, 147, 623-631.
- Rotter, M. (1985). Resilience: Some conceptual considerations en *Journal of adolescent Health*, 5, 26-58
- Salzinger, K. (1977). *The Roots of American psychology: historical influences and implications for the future*. New York. Editado por: Academy of Sciences.
- Sánchez, E. (2006). Tratamientos combinados en la adicción a drogas. *Trastornos adictivos*, 2006; 8 (1): 42-52.
- Sánchez, A. (1996). *Psicología Comunitaria*. Bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona: Editado por la Universidad de Barcelona.
- Sánchez, M. (2006). *Los programas de prevención en Latinoamérica: una mirada a conciencia*. Corporación colombiana para la prevención del alcoholismo y la farmacodependencia.
- Sánchez, R., Guisa, V.M., Ortiz, R.M. y De León. (2002). Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. *Revista Adicciones*, Vol. 4, No. 3, 371-379.
- Sánchez- Sosa J.J. (1998) *Desde la prevención primaria hasta la ayuda a bien morir, la interfaz, intervención- investigación en psicología de la salud*. En psicología de la Salud en América Latina de Rodríguez Graciela y Mario E. Rojas coordinadores. Facultad de Psicología de la UNAM.

- Santos, J., Villa J., García, M., León, G. Quezada, S. y Tapia, R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. (2003). *Revista Salud Pública México, número 45, suplemento 1*:S140-S152, Secretaria de Salud.
- Saules, K., Schuh, L., Arfken, C. & Reed, K. (2004). Double-Blind Placebo-controlled trial of flouxetine in smoking cessation treatment including nicotine patch and cognitive-behavioral group therapy. *The American Journal on Addictions, 13*:438-446.
- Saunders, Wilkinson & Phillips. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction, núm. 90*: 415-424.
- Secades, R., García, O., Fernández, J.R. y Carballo, J.L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de drogodependencias. *Papeles del Psicólogo, 2007. Vol. 28(1)*, pp. 29-40.
- Scoopeta, O. (2006). *Discusión sobre la evaluación del impacto de programas y proyectos sociales en salud pública*. Universidad de Psicología, Bogota Colombia. 5 (3), 695-703.
- Shakeshaft, A., Bowman, J., Burrows, S., Doran, C. & Sanson-Fisher, R. (2002). Community-based alcohol counselling: a randomized clinical trial. National Drug and Alcohol Research Centre. Society for the study of addiction to alcohol and other drugs. *Addiction, 97*: 1449-1463.
- Sherbaum; j. Kluwig; M Specka; D. Krause; B. Merget; T. Finkbeiner; M. Gastpar (2004) *Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment- A controlled Trial. European addiction Research*. Department of Addictive Behavior and Addiction Medicine and Department of Psychiatry and Psychotherapy, Reheinsche KLINIKEN Essen, University Hospital, Essen, Germany.
- Smart, D., Sanson, A. & Toumbourou, J. (2001). Longitudinal risk and protective factors for adolescent substance use. *Presented at the life course perspectives on Health and Wellbeing Conference, Brisbane, 12-20 November, 2001*.
- Sobell, M. B. & Sobell L. C. (1995) Controlled drinking after 25 years (Editorial), *Addiction, 90*, 1149-1153. 3.
- Soriano A y Medina- Mora ME (2002). Guía para evaluación rápida. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INPRF).
- Skinner, B.F. (1979). *La conducta de los organismos*. Barcelona: Fontanella.
- Sparrow, C. (2007). *Terapia Cognitivo-conductual*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología, A.C.
- SISVEA. (2006). Subsecretaria de prevención y promoción de la salud. Dirección General de epidemiología. Informe 2006
- SRID. (2006). *Reporte de Tendencias en el área metropolitana* no. 40 Junio.

- Stein, M., Charuvastra, A., Maksad, J. Anderson, B. (2001). A randomized trial of a brief alcohol intervention for needle exchangers (BRAINE). *Addiction*, 97:691-700.
- Stephens, R., Roffman, R. & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use, *Journal of Consulting and clinical psychology*, no. 68:898-908.
- Sunyer, J.M. (2000). *La efectividad de las técnicas psicoterapéuticas*. En Bulbena, A, Berrios, G.E.; Fdez de Larrinoa, P. *Medición Clínica en Psiquiatría* Masson Salvat.
- Thomas H., Miller, R. & Tonigan, S. (1993) Brief Interventions for alcohol Problems: a review *Addiction* 88 (3), 315–336. doi:10.1111/j.13600443.1993.tb00820.x
- Tobler, N. S., Roona, M. R. y Ochshorn, P. (2000). School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20: pp. 275–336.
- Tobler, N. y Stratton H.H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 18(1), pp. 71–128.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., & Rippens, P. D. (2002). Different variables are associated with help-seeking patterns and long-term outcomes among problem drinkers. *Addictive Behaviours*. 2004; 29:433-9.
- Valdés, A. (2006). *Del discurso preventivo a los hechos*. Extraído el 20 de agosto del 2007 desde <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0281-22.pdf>
- Vanistendael, S. & Lecomte, J. (2003). *La felicidad es posible*. Barcelona: Editorial Gedisa A.
- Viñas, V. (1995). El uso de técnicas cualitativas en la evaluación de programas. Los programas de desarrollo regional financiados por la Unión Europea. *Reis*, no. 01 pp. 155-177.
- Wallerstein, I. (1996). *Abrir las Ciencias Sociales*. Editorial Siglo XXI. México.
- Wilk, A., Jensen, N. & Havighurst, T. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 12:274-283.
- UCSF. (1997). *La ciencia de la intervención*. Center for AIDS Prevention Studies.
- Zamudio, C. (2005). Estrategias etnográficas en la búsqueda de poblaciones ocultas. Mesa 1. Teorías y metodologías en el estudio de la salud como proceso social. Extraído el 30 de mayo del 2008 desde: [www.mex.ops-oms.org/documentos/eventos/indicealames.pdf](http://www.mex.ops-oms.org/documentos/eventos/indicealames.pdf)
- Zas, B. (1999). *La Prevención en Salud. Algunos referentes conceptuales*. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Habana, Cuba.