



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

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

**REPORTE DE CASO UNICO ATENDIDO CON EL MODELO  
DE DETECCION TEMPRANA E INTERVENCION BREVE PARA  
BEBEDORES PROBLEMA**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

**LIC. ALEJANDRA BALBUENA GONZÁLEZ**

TUTOR: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA

COMITE: DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

MTRA. MARIA JOSE MARTINEZ RUIZ

DRA. LYDIA BARRAGAN TORRES





Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## INDICE

<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>7</b>
a. Panorama actual del consumo de sustancias.....	12
b. Factores de riesgo y protección vinculados a la prevención del consumo.....	21
c. Consecuencias y problemas asociados al consumo.....	37
d. Tratamiento dirigido al consumo de alcohol.....	45
<b>FORMULACION DE PROGRAMAS.....</b>	<b>56</b>
Sede 1. Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA).....	57
Sede 2. Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México.....	92
<b>REPORTE DE CASO UNICO ATENDIDO CON EL MODELO DE DETECCION TEMPRANA E INTERVENCION BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA.....</b>	<b>100</b>
MOTIVO DE CONSULTA.....	102
EVALUACION.....	103
RECURSOS DISPONIBLES Y DEFICITS.....	110
DIAGNOSTICO.....	111
TRATAMIENTO.....	111
SEGUIMIENTOS.....	118
RESULTADOS.....	120
PRONOSTICO.....	122
CONCLUSIONES.....	122
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>126</b>

## AGRADECIMIENTOS

Al Programa de maestría y doctorado en Psicología con residencia en Adicciones de la UNAM, por brindarme la invaluable oportunidad de continuar aprendiendo y creciendo en mi *Alma máter*.

Al CONACYT y a la CEP a través del programa de fomento a la graduación de alumnos de posgrado de la UNAM por el apoyo a través de las becas brindadas direccionándolo hacia la adecuada conclusión de mi formación profesional y de este proyecto.

Al Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA) por fomentar mi espíritu de servicio y cobijar mi desarrollo profesional permitiéndome aplicar el conocimiento hacia un fin común.

A la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México, porque la experiencia de aprendizaje ha sido inmensurable y una de las mejores en mi formación como profesional de la salud, agradeciendo profundamente a la Mtra. Angélica Ocampo, que además de ser una gran mujer es una excelente profesional que comparte sin reservas su conocimiento, al Dr. Eduardo Cuevas y la Lic. Tania Villa por su valiosa guía, amistad y apoyo constante.

Al Instituto Mexiquense Contra las Adicciones (IMCA) y a mis jefes por brindarme las facilidades para poder concluir este proyecto y darme la oportunidad de continuar aprendiendo y ejercer mi profesión de forma digna a nuestra sociedad con calidad y calidez.

A la Dra. Silvia Morales Chaine por su liderazgo y ejemplo como profesional, su amable apoyo y su ejemplo de lucha constante hacia el bien común, sus enseñanzas y por ser un ejemplo auténtico de lo que es un buen ser humano.

A mi tutora la Dra. Amada Ampudia Rueda, le agradezco profundamente por acompañarme siempre en el trayecto de mi formación profesional e impulsar mi crecimiento y mis sueños, por su excelente guía y siempre amable disposición, por continuar siendo mi inspiración profesional y ejemplo de superación constante.

A mi revisora la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, por sus enseñanzas y amables observaciones en torno a este trabajo, así como la disposición y motivación constantes.

A la Dra. Lydia Barragán Torres por beneficiarme de su amplio conocimiento en materia de adicciones, por su disposición y su valioso ejemplo de profesionalismo y pasión al ejercer nuestra disciplina.

A la Mtra. María José Martínez Ruíz por su guía y enseñanza en mi formación profesional.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, por fomentar el aprendizaje de calidad durante mi formación y la constancia en el trabajo.

A mis profesores: Mtra. Leticia Echeverría, Mtro. Cesar Carrascosa, Dra. Sara Cruz, Mtro. Miguel Ángel Medina, Mtra. Gabriela Ruíz, Dra. Marina Menes, Dra. Jennifer Lira, Dr. Roberto Oropeza, Dr. Agustín Vélez, Dra. Guillermina Natera, Dra. Marcela Tiburcio, Dra. Isabel Reyes, por compartir su conocimiento a manos llenas, por fomentarme la disciplina y por todo su apoyo.

A mis nueve compañeras de generación (Jenny, Sofy, Anita, Euni, Moni, Gis, Liz, Cony y Gaby) por hacer de este proyecto una experiencia invaluable, por su compañía, amistad y conocimiento, por imprimir durante nuestra formación un significado muy especial a mi vida.

## DEDICATORIAS

*A mis padres* por su auténtico amor y motivación constante, porque son los seres a quienes nunca podré acabar de admirar y agradecer sus enseñanzas y lo que hacen por mí; porque sencillamente fui bendecida al darme unos padres como Ustedes y la vida es buena al permitir vivir y compartir juntos uno más de nuestros sueños.

*A mis hermanos, mi abuelita, mi tía Digna y Yahir* por creer en mí e impulsar mis sueños uno a uno con total ímpetu.

*A mi esposo*, porque conoces mi esencia y siempre me has apoyado e impulsado hacia mis sueños profesionales, antes como buen novio ahora como excelente esposo, porque me recuerdas la importancia de crecer profesionalmente sin dejar de hacerlo humanamente. Gracias por tu genuino e incondicional apoyo en el camino y hacia la adecuada conclusión de mis metas, por tu amor que me impulsa e inspira a continuar pese a las adversidades y por tu auténtico ser.

*A mis amigos* por estar siempre ahí para brindarme esa palabra de apoyo incondicional, por su cariño y empuje hacia mis sueños.

*A Sandy, Erika, Marú, Cris, Magaly y Christian* por imprimirle un sentido especial a este proyecto, por ser excelentes colegas y cómplices leales en mi desarrollo profesional, gracias por su entusiasmo y estar en sintonía conmigo hacia el adecuado ejercicio profesional.

## INTRODUCCION

*Hacer la detección temprana y una intervención indicada adecuada, impedirá que los problemas por consumo excesivo de alcohol avancen y que resulte más costoso para la sociedad. Cuando no se identifican estas conductas y previenen a tiempo pueden llevar al joven a sufrir ausentismo escolar, alta reprobación, deserción escolar, falta de preparación para el campo laboral, entre otros problemas que afectan de manera permanente su salud y su vida.*

OMS, 1995.

El ámbito mundial continua transitando por un problema prevaleciente en las sociedades, se trata del consumo de sustancias, mismo que ha cambiado en cuanto a los tipos de sustancias y sus efectos, las edades de inicio, la frecuencia en que se presenta la conducta de consumo, la cantidad de dosis ingerida, los grupos de población, incluso las vías y formas de administración, sin descartar el aumento en la demanda de sustancias. En este sentido la definición de droga por parte de la Organización Mundial de la Salud se refiere a todas las sustancias psicoactivas que al ser introducidas al interior de un organismo vivo modifica su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta y/o sus funciones motoras (Tapia, 2002).

Al mismo tiempo, el avance en la investigación ayuda a entender cómo actúan las sustancias adictivas al Sistema Nervioso Central, la relevancia de los factores de contexto, la eficacia de los tratamientos e importancia de la educación preventiva (Ovejero, 2007; Millman y Botvin, 1992; Vespa, 1993). En este sentido el consumo de sustancias adictivas continua representando un problema de salud pública; las diversas encuestas nacionales, así como los sistemas de información y vigilancia epidemiológica llevadas a cabo en México señalan la importancia de atender los problemas del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas (Secretaría de Salud, SSA, 2008; INEGI, 2009). Respecto al consumo de alcohol, considerado como un problema prioritario de salud pública (De la fuente y Sepúlveda, 1999), estudios epidemiológicos en el país indicaron que aproximadamente el 65% de la población total de 12 a 65 años de edad consumía bebidas alcohólicas, es decir, alrededor de 32.3 millones de habitantes (SSA, 1998; INEGI, 2002, ENA 2011). Sin embargo, de esta población el 9% cumple con el criterio de Síndrome de Dependencia de Alcohol, de acuerdo con la clasificación internacional de las enfermedades de la OMS (Ayala y Echeverría, 1998).

Algunos de los aspectos más críticos y preocupantes del problema, es el aumento progresivo tanto del consumo experimental como regular, ha disminuido la edad de inicio de consumo y de la percepción del riesgo, así como su incremento en los grupos estudiantiles y su mayor penetración en estratos poblacionales tales como las mujeres y habitantes de zonas rurales.

Dado al impacto del problema en el consumo de sustancias adictivas se han creado diversos Proyectos de Investigación a nivel epidemiológico y psicosocial así como programas preventivos con tres tipos de intervención: universal, selectiva e indicada con la finalidad de evitar el consumo en la población (Gordon, 1983). Asimismo la Organización Mundial de la Salud (2000) describe a las intervenciones breves como estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con conducta de consumo de alcohol o drogas, de riesgo o destructiva y la oferta de tratamiento dirigido a población de consumidores aun no dependientes o con dependencia media y por tanto ubicada en el nivel secundario de prevención.

Sus ventajas consisten en ser de bajo costo, de rápida aplicación, no son intrusivas, por lo que no resultan agresivas para el usuario, quien por lo general puede ser atendido en condiciones de tratamiento ambulatorio y mostrar efectos inmediatos, aunado a que la evidencia experimental señala que los resultados son perdurables en el tiempo. La aproximación cognitivo-conductual ha ganado amplia aceptación en el tratamiento de abuso de sustancias y las técnicas de intervención breve para el tratamiento del consumo de alcohol y de otras drogas ha mostrado generalidad en su aplicación, así como alto grado de eficacia, encontrándose sustentadas en los principios psicológicos derivados de la teoría del aprendizaje cognitivo social y la investigación experimental (Echeverría, Carrascoza y Reidl; 2007).

Bajo este contexto el presente reporte de experiencia profesional expone los resultados teóricos y prácticos adquiridos en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con Residencia en Psicología de las Adicciones de la UNAM, mismo que tiene como objetivo formar psicólogos en el campo de las adicciones, capacitándolos en el dominio de las técnicas, métodos y procedimientos científicos novedosos. El reporte incluye un panorama general y actual del consumo de sustancias, así como de los factores de riesgo y protección vinculados a la prevención del consumo, las consecuencias o problemas asociados.

Asimismo en el apartado -Formulación de casos- se incluye el despliegue de las habilidades y competencias adquiridas y desarrolladas con relación a la práctica clínica, describiendo los casos atendidos durante la maestría en las diversas sedes: Centro de Prevención y Atención de Adicciones de la UNAM y la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México.

Posteriormente y de manera detallada se presenta la descripción y análisis de un caso clínico atendido dentro del Programa: Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2005). Se intervino desde un enfoque cognitivo-conductual, el usuario mostro cambios en su etapa de cambio, identificó y utilizó sus recursos orientándolos a modificar su consumo y alcanzar su meta de moderación, desarrolló planes de acción para enfrentar su forma de consumo, logrando cambios en su comportamiento y estilo de vida. Se concluye que la entrevista motivacional y adherencia en el manejo de los modelos de intervención aplicados en población mexicana mostraron sus bondades produciendo modificaciones significativas en la forma de consumo de sustancias y en la prevención de recaídas de los usuarios.

## MARCO TEORICO

El consumo de sustancias denota el punto en que convergen distintas sociedades, siendo la desigualdad política, social y económica en el estado de salud de la población, particularmente entre los países en vías de desarrollo y al interior de cada nación, motivo de preocupación común (Organización Mundial de la Salud OMS, 2008; Organización de las Naciones contra las drogas y el delito ONUDD, 2008; Medina-Mora, 2008).

Bajo este contexto, se han tomado medidas que incidan en la salud de los habitantes y se ha desarrollado el proceso que incluye de forma manifiesta el consumo de sustancias como problema de salud a nivel mundial. Al respecto la declaración de Alma-Ata (1978) y las cinco conferencias de la OMS para alcanzar la salud, celebradas en Ottawa (1986), Adelaide Australia (1988), Sundsvall, Suecia (1991), Yakarta (1997) y México (2000), proporcionaron orientación e indicaciones sobre las medidas a tomar para abordar los determinantes de la salud pública. Resaltando en la declaración de Alma-Ata la salud para todos hacia el año 2000, la atención primaria, desmedicalización de la salud y su visión como derecho humano. En la primera conferencia celebrada en Ottawa se plantean los puntos dirigidos a la promoción de la salud, piedra angular de la atención primaria y función básica de la salud pública debido a la eficacia y costo-efectividad con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto socioeconómico de las enfermedades. No obstante, en Adelaide se plantean las recomendaciones sobre aquellas políticas públicas favorables a la salud, exhortando el compromiso político de los sectores en la materia, identificando a la prevención como área prioritaria de acción, aunado a la reducción del uso de tabaco y alcohol. En Yakarta se profundiza respecto a la promoción de la salud, el énfasis en las habilidades personales, restricción de la producción, el comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivas a la salud, como el tabaco y el consumo de drogas. Posteriormente es en la Declaración de México donde se retoma la promoción, equidad y fortalecimiento nacional e internacional de la salud (Pan American Health Organization PAHO, 2000) Mientras que en 1998 la ONUDD, estableció el compromiso de lograr un mundo libre de drogas para 2008 (World Health Organization WHO, 2005, 2007; OMS, 2008).

En este orden de ideas, la situación de salud mundialmente ha cambiado, las tasas de mortalidad adulta han disminuido en los últimos decenios en la mayoría de las regiones, así en el 2003 la esperanza de vida a los quince años aumentó en la mayoría de ellas entre dos y tres años (a.OMS, 2003). En el caso de México los aspectos de salud también se han modificado durante las últimas décadas, los sistemas de salud formados por las personas que actúan y medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud, han incidido en el bienestar, calidad de vida a nivel biopsico-sociocultural y aumento de la esperanza de vida en la población. En este sentido, la tasa de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos fue de 18.80% en 2005, y la tasa cruda de mortalidad general por cada 1,000 personas en 2004 fue de 4.97% (PAHO, 2006).

No obstante, debido a fallas sistémicas y no por limitaciones técnicas la contribución de los sistemas de salud podría ser mayor, especialmente para los pobres y otros grupos vulnerables (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2009; OMS, 2008). En este sentido resulta importante considerar el consumo, abordándolo en torno a la problemática de salud pública, retomando las características del país y condiciones particulares de vida de la población. Las estimaciones más recientes sugieren que la

población mexicana es de 107.6 millones, 50.9% son mujeres y 49.1% hombres; ocupando el lugar número once en el mundo y el tercero de América por el monto de su población, después de Estados Unidos de América y Brasil. La transición demográfica significa que la esperanza de vida ha aumentado a 75.3 años en promedio; 77.6 años en mujeres y 72.9 en los varones. Asimismo la población crece aceleradamente entre los grupos de edad avanzada más que los jóvenes, entre los años 1900 y 2009, la población del país se multiplicó 7.9 veces, en los años 60 la tasa de crecimiento anual fue de 3.4%, mientras que entre 2005-2009 fue de 0.86%. Por grupos de edad, menos de la tercera parte de la población son niños y adolescentes menores de 15 años, 28.7%; los jóvenes de 15 a 29 años representan 27.2%; los adultos de 30 a 59 años, 35.6%; y los mayores de 60 años, el 8.5% (INEGI, 2009). Asimismo entre 1992 y 2008 incrementó la cobertura de servicios de educación básica, salud, condiciones y equipamiento de viviendas, así como la protección social en su conjunto (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, 2008).

Sin embargo, la transición epidemiológica que implica la serie de cambios drásticos en las causas de enfermedad y muerte, presenta un aumento de enfermedades no transmisibles y de lesiones. Pese a la disminución de enfermedades transmisibles asociadas a la pobreza y al subdesarrollo (infecciones, desnutrición, muertes durante el parto y perinatales), aún representan un reto importante para los servicios de salud. Lo anterior constituye un doble reto al emprender las acciones necesarias; por una parte, abatir el rezago en la atención de esos padecimientos y por otra, enfrentar los problemas emergentes asociados a la industrialización y la urbanización como los padecimientos cardiovasculares, cáncer, lesiones, enfermedades mentales y adicciones, en este sentido, a nivel nacional el gasto público en salud, fue de 3.0% con relación al Producto Interno Bruto (PIB) en 2005 (CEPAL/UN, 2006).

Asimismo en los países desarrollados, las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares son las causas principales de defunción entre hombres y mujeres adultos; sin embargo, algunos países en desarrollo se han convertido también en las causas de mortalidad más destacadas, por ejemplo en 2001 el número de decesos supero los 10 millones y aproximadamente 1.2 millones de personas murieron de cáncer pulmonar en el año 2000, representando el aumento de casi el 30% respecto a 1990. Respecto a los 45 millones de fallecimientos de adultos de quince años o más registradas en 2002, 32 millones, es decir cerca de tres cuartas partes se debieron a enfermedades no transmisibles, que cobraron casi cuatro veces más vidas que las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales juntas (8.2 millones, lo que equivale al 18% del conjunto de causas). Los traumatismos provocaron en 2002 la muerte de 4.5 millones de adultos; es decir, en términos totales fueron la causa de una de cada diez defunciones de adultos, más de tres millones de esas muertes provocadas por traumatismos, cerca del 70% del total correspondieron a los varones quienes están más expuestos a sufrir traumatismos en accidentes de tráfico y a ser víctimas de actos de violencia o de guerra. En este sentido los hombres corren un riesgo tres veces mayor en el primer caso y más de cuatro veces mayor en el segundo (a. OMS, 2003).

Dentro de este contexto general de salud pública se inserta el fenómeno de las adicciones, particularmente el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, prevaleciendo el consumo de sustancias y creando una situación amplia e intensamente conflictiva en el orden social, impactando en fenómenos tales como la marginación, enfermedades, muertes, violencia familiar, delincuencia, entre otras. Por lo que el uso y

abuso de sustancias tanto legales como ilícitas es un problema de salud con consecuencias a nivel individual, familiar y social, en términos de recursos sociales y/o económicos (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones SISVEA, 2007; Ampudia, 2003; Mansilla, 2002; Romero y Aguilera, 2002; Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz y Tapia Conyer, 2000; Galván y Rodríguez, 1996; Faulk, 1994).

En este orden de ideas el consumo excesivo de alcohol y el consumo de tabaco y drogas ilegales se encuentran entre las diez primeras causas de muerte, reconocidas como factores de riesgo en todo el mundo (Jenkins, 2005; McGinnis y Foege, 1993). Asimismo se ha sugerido que salvo en los países más pobres, es posible la prevención mediante cambios sociales o ambientales y de comportamiento (OMS, 2004).

De acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el consumo de alcohol representa la tercera causa de muerte en Estados Unidos, después del consumo de tabaco y las enfermedades asociadas a la inadecuada alimentación y la vida sedentaria, por ejemplo en 2001 fallecieron 3,833 personas debido a la cirrosis hepática, el cáncer y otras enfermedades vinculadas con el consumo de bebidas fermentadas y destiladas; 40,933 perecieron en incidentes de tránsito y otros accidentes causados por el consumo excesivo de alcohol. Asimismo los CDC sugieren la reducción de la esperanza de vida de quienes lo consumen en exceso durante 30 años en promedio (FISAC, 2009). Por su parte Medina-Mora menciona que en comparación con la mortalidad por cirrosis, México presenta 48.6%, mientras que Estados Unidos manifiesta 11.6% (en Ruiz, 2006).

Asimismo el aumento de consumidores de drogas ilícitas, ha aumentado toda la ruta ilegal, desde su producción, distribución y venta, aunado a otras consecuencias colaterales de peligrosidad, tales como el crecimiento del comercio clandestino de armas, calculando que dos mil armas ingresan ilegalmente a México cada día y el lavado de dinero siendo otra de las consecuencias del tráfico ilegal de fármacos (Encuesta Nacional de Adicciones ENA, 2008). Respecto al control de la oferta para enfrentar la reducción de la demanda de drogas en México, como resultado del compromiso contraído por el país ante la OEA en la implantación del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) para conocer los esfuerzos antidrogas de los países americanos, denota que el tráfico de la cocaína, marihuana y opiáceos continúa por diferentes vías, pese a los aseguramientos (Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas, 2003). De igual forma, a nivel nacional el número de personas formalmente acusadas por posesión de drogas en 2005 fue de 6,699 y los casos involucrados por tráfico de drogas formalmente condenas en el mismo año fue de 15,569 (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD, 2008). Según la Drug Enforcement Administration (DEA), medio millón de mexicanos están ligados a actividades del narcotráfico y el 90% de la cocaína comercializada en Estados Unidos es introducida a través de México (Secretaría de la Defensa Nacional, 2008) las cifras sugieren el vínculo directo entre las drogas con el aumento del delito y la violencia, en México se cometieron en 2006 más de 2,500 asesinatos relacionados con las drogas, en su mayoría a lo largo de la frontera con los EE.UU. Asimismo, dada la naturaleza competitiva y violenta de asociaciones delictivas mexicanas, los extranjeros actúan minoritariamente en ese mercado, siendo mexicanos el 98% de los detenidos por tráfico de drogas en 2004 (ONUDD/HONLAC, 2007).

De acuerdo con el Reporte Mundial sobre Drogas de las Naciones Unidas, (2008) el consumo de marihuana y cocaína permanece estable a nivel internacional, siendo

Estados Unidos el país de mayor consumo en el mundo de drogas ilegales, entre ellas la marihuana; ese mercado constituye un aliciente para que en México proliferen la delincuencia organizada, aunado a factores como la impunidad, corrupción y pobreza. En este punto, México ha incrementado el número de personas en situación de pobreza por ingreso precisando dirigir la atención a los aspectos estructurales que la originan, a la vez que se otorga prioridad a las condiciones de vida de los grupos de población más vulnerables, ante el impacto negativo de los cambios en el entorno económico (OMS, 2000, 2008; Reddy, 2006). Los avances y logros de los programas sociales han permitido ampliar los servicios de salud, educación, alimentación y vivienda. Así un dato satisfactorio en la materia se relaciona con la tasa de alfabetización en la población mayor de 15 años que fue de 92.80% en 2006 (PAHO, 2006).

No obstante de acuerdo con la OMS (2008) la pobreza por ingresos sigue siendo elevada, por lo que este incremento en la incidencia y número de personas pobres es un elemento de particular atención en la evaluación de políticas públicas en desarrollo social. En México durante el año 2005 las personas en situación de pobreza en la población total urbana fue de 28.50% (CEPAL/UN, 2006). Las estimaciones de pobreza del año 2008 reflejan el inicio de la situación económica adversa a nivel internacional y nacional; entre 2006 y 2008, el porcentaje de pobres alimentarios en México aumentó de 13.8% a 18.2% y el porcentaje de pobres de patrimonio en el país aumentó de 42.6% a 47.4 %. El porcentaje de hogares en viviendas con piso de tierra en el 20% de la población más pobre del país se redujo de 22.3% en 2006 a 18.9% en 2008. Asimismo el porcentaje de personas de 65 años y más que no trabajaban y no recibían pensión decreció de 90.8% en 2006 a 70.2% en 2008, entre el 20% de la población más pobre del país (CONEVAL, 2008). Mientras que la tasa de desempleo en áreas urbanas del país en 2006 fue de 4.60% (CEPAL/UN, 2006).

Considerando este panorama, la Declaración Mundial de la Salud en 1998, reafirmaba el compromiso de la OMS con el principio enunciado en su Constitución, concerniente a que uno de los derechos fundamentales de todo ser humano es gozar del grado máximo de salud alcanzable; reconociendo que el mejoramiento de la salud y bienestar de las personas constituye el objetivo fundamental del desarrollo social y económico, haciendo hincapié en la importancia de reducir las desigualdades sociales y económicas para mejorar la salud de toda la población, atendiendo particularmente a los más oprimidos por la salud deficiente, aquellos que no reciben servicios de salud adecuados o se ven afectados por la pobreza. En este sentido y al considerar equivalentes las expresiones -daños relacionados con el alcohol- y -problemas relacionados con el consumo de alcohol-, representan la amplia variedad de problemas sanitarios y sociales en los niveles individual y colectivo, en los que el alcohol desempeña un papel causal (a.OMS, 2003).

Relacionada con una de esas expresiones está el consumo perjudicial de alcohol, incluida en la categoría de trastornos mentales y del comportamiento en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); refiriéndose al trastorno en donde la persona sufre daños físicos o psicológicos resultado de su forma de consumo. El consumo perjudicial o nocivo en este sentido se incluye en los daños o problemas relacionados con el alcohol, sin embargo desde la perspectiva de salud pública, considerando los perjuicios causados a terceros por la forma de consumo y el significado amplio de salud en la terminología de la OMS, la expresión -daños relacionados con el alcohol- tiene un significado más amplio, no se limita a las ocasiones en las que se ha producido daño,

sino también del riesgo debido a la asociación, por ejemplo, a cantidades o patrones particulares de consumo de alcohol (a.OMS, 2003).

Por todo ello, el marco de referencia son toda la gama de problemas o daños relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, aunado a las políticas u otras medidas que reduzcan en la medida de lo posible esos problemas o perjuicios. Dentro de ello se encuentran los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, que son responsables de una importante carga de morbilidad y discapacidad; globalmente el 13% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y el 33% de años perdidos por discapacidad (APD). Detrás de estas cifras se considera que 150 millones de personas padecen depresión en algún momento de su vida; casi un millón de personas se suicidan cada año, y aproximadamente 25 millones sufren esquizofrenia, 38 millones epilepsia, y más de 90 millones trastornos de abuso de alcohol o drogas (a.OMS, 2003).

Al disponer de intervenciones de atención sanitaria costo-eficaces, las investigaciones demuestran que la depresión, esquizofrenia, epilepsia y alcoholismo, pueden ser tratados en el marco de atención primaria, estando al alcance incluso de los países de bajos ingresos, reduciendo sustancialmente la carga global, asimismo las intervenciones implicadas incluyen la formación básica de los profesionales de la salud, entre ellos los psicólogos (b. OMS, 2003, Ezzati, 2003). Los estudios clínicos y las encuestas entre la población nos muestran que el consumo excesivo de alcohol se asocia con frecuencia a los trastornos neuropsiquiátricos en todas las regiones, principalmente la depresión, constituyen la causa de discapacidad más importante y son responsables de más del 35% de APD entre las personas mayores de 15 años. La carga de discapacidad a ellos asociada es prácticamente la misma para hombres y mujeres, aunque con diferencias en cuanto a las principales causas contribuyentes. Así, por ejemplo, la carga atribuible a la depresión es un 50% más elevada para las mujeres que para los varones; lo mismo ocurre también con los síndromes de ansiedad, la jaqueca y la demencia senil. En cambio, la carga atribuible a los trastornos asociados al abuso de alcohol y otras drogas es casi seis veces superior en los varones que en las mujeres, representando la cuarta parte de morbilidad masculina causada por trastornos neuropsiquiátricos. Asimismo investigaciones llevadas a cabo en México indican que cerca del 9% de las personas que consumen bebidas alcohólicas en exceso padecen un desorden afectivo, y que la cifra aumentaba a 18% al considerarse los casos de dependencia. (a. OMS, 2003).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003), en México la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno de uso de sustancias es de 9.2% en mayores de edad, y la dependencia al alcohol alguna vez en la vida afecta al 5.9% de la población. Este consumo se inicia frecuentemente durante la adolescencia, afectando a las personas en un momento crucial del desarrollo, y limitando en muchos casos su potencial de crecimiento individual y productividad social.

En este sentido el impacto y magnitud del problema se disipa, la situación actual de consumo de drogas, sugiere que la cifra de consumidores en el mundo es cada vez mayor, de acuerdo con la ONU aproximadamente 235 millones de personas son adictas a sustancias psicotrópicas y estupefacientes. La producción de drogas ilegales en niveles similares a los de hace diez años explica junto con otros factores relacionados con mejoras tecnológicas y estabilidad o incremento de la demanda, que los precios de las

principales drogas mundialmente, permanecen relativamente estables como el caso de la marihuana, o incluso la baja de precio como sucede con la cocaína y heroína.

De acuerdo al Informe Mundial sobre las Drogas, en 2008 el cultivo de la adormidera de la cual se extrae el opio, se mantuvo en los mismos niveles que en 1998, el cultivo de la coca tampoco ha disminuido sustancialmente y el cultivo de la planta de cannabis o marihuana aumentó 58%, siendo la droga ilegal que se produce y consume en mayor cantidad en el mundo. En el 2007 aproximadamente 2.8% de la población mundial había consumido cannabis, siendo México el principal productor de 18% del cultivo mundial equivalente a 7,400 toneladas métricas (Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, ONUDD, 2008).

Las sustancias legales son también un caso a considerar debido a su disponibilidad, bajo costo y los crecientes problemas vinculados a su consumo, tal es el caso de los cigarrillos de tabaco y otros productos derivados así como la exposición al humo de segunda mano, constituyendo la principal causa mundial de defunción prevenible y responsable de aproximadamente cinco millones de muertes al año, que se concentran principalmente en países pobres y poblaciones más desfavorecidas, incluyendo México. Según revelan las estimaciones, cerca de los cuatro millones de hombres y un millón de mujeres que fallecieron, más de dos millones de hombres y 380 000 mujeres pertenecían a países en desarrollo y las estimaciones sugieren que el número de víctimas se duplicará en los próximos 20 años si no se generaliza la adopción de intervenciones eficaces disponibles (b.OMS, 2003, Peto, 2003).

Para encausar la planeación de acciones preventivas y atención a la salud en el campo de las adicciones, es necesario contar con información acerca de la situación epidemiológica de ellas. En la mayor parte de los padecimientos de interés en salud pública, la información epidemiológica puede ligarse de manera relativamente sencilla a la búsqueda de atención. La detección y registro de casos se hace en el momento del contacto del enfermo con las unidades de salud, y puede suponerse con un grado razonable de certeza que de esta manera se están captando buena parte de los eventos. En cambio, la búsqueda de atención por parte de quienes presentan trastornos de uso de sustancias es limitada, y cuando lo hacen generalmente acuden a servicios diferentes a los que tradicionalmente sirven de insumo a la vigilancia epidemiológica.

Es por ello que para la obtención de información acerca de la situación a nivel poblacional de las adicciones se requiere el uso de métodos diversos, dibujando un panorama compuesto a través de un proceso de triangulación que combina información de diversas fuentes.

#### **a) Panorama actual del consumo de sustancias**

Epidemiológicamente hablando, el impacto y magnitud del fenómeno de las adicciones se ha caracterizado también por ser un problema social flagelante. La ONUDD (2008), alude al incremento en el consumo de drogas en América Latina, particularmente de cocaína, marihuana y estupefacientes sintéticos como el éxtasis; la región muestra incrementos en la producción de cocaína en Colombia, Perú y Bolivia, sumado al crecimiento de incautaciones de narcóticos en los países del área. El consumo de cocaína se ha mantenido estable o disminuido en gran parte del mundo, no obstante se registra un aumento en América del Sur al comparar los datos de 2008 con 2007. Por otra parte, el

país en que se registra el mayor consumo de cocaína continúa siendo los Estados Unidos, mientras que las solicitudes de tratamiento relacionadas por consumo de cocaína han mostrado un notable descenso en el último decenio. Asimismo alrededor del 88% de la cocaína destinada a ese país transita por el corredor de América Central y México; alrededor del 50% pasa a lo largo del Pacífico, y el 38% a lo largo de la costa de América Central sobre el Caribe (ONUDD, 2007). Según fuentes mexicanas, un 60% del tráfico de cocaína entra en México por vía marítima, 28% por vía terrestre procedente de América central (Guatemala y Belice) y 12% por vía aérea (ONUDD y Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe HONLAC, 2007).

La ONUDD, (2008) indicó que el consumo de estupefacientes sintéticos se ha estabilizado en la mayoría de los países industrializados, no obstante se ha incrementado notablemente en el mundo en desarrollo, especialmente en el este y sureste de Asia, así como Oriente Medio. Mientras que el consumo de las anfetaminas, metanfetaminas y éxtasis exceden al de la cocaína y la heroína juntas, con un mercado mundial estimado en 65.000 millones de dólares. Asimismo el consumo de éxtasis, ha aumentado en América del Sur y Central, cuya prevalencia es entre 0,9% y 0,5% por país. Perú es el mayor consumidor de esta droga sintética producida en Estados Unidos y Europa, mientras que El Salvador es el mayor usuario en Centroamérica y República Dominicana destaca entre los países caribeños.

Para el caso de la marihuana, destacan incrementos fuertes del consumo en Bolivia, Nicaragua, Perú y Paraguay, con aumentos menores en Argentina, Brasil, Venezuela y México. Chile sobrepasa al resto de los países latinoamericanos en consumo, con 7% de usuarios entre 15 y 64 años que han usado la droga durante el último año. Los países latinoamericanos fueron responsables de 55% de la producción mundial de marihuana, con Paraguay como uno de los principales proveedores sudamericanos, mientras que los países centroamericanos también crecieron en su producción ONUDD (2008).

Por su parte, la Red Latinoamericana de Investigadores en Drogas (REDLA, 2007) identificó tendencias del aumento en el consumo de drogas en diversos países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México, Puerto Rico, Perú y los Estados Unidos). El aumento ha sido particularmente en el consumo de marihuana y cocaína, ha disminuido la percepción del riesgo y los patrones de consumo de sustancias que anteriormente eran desconocidos o se encontraban ocasionalmente en Latinoamérica han crecido. En este sentido los países informaron sobre un patrón de consumo de alcohol por períodos prolongados sin beber (semanas o meses) alternando rondas de bebidas en las que el consumidor toma alcohol hasta intoxicarse. Anteriormente no se había registrado este comportamiento en Latinoamérica y generalmente estaba asociado a los patrones de consumo de alcohol de la juventud norteamericana. Asimismo se ha iniciado la mezcla de vodka u otra bebida alcohólica con productos farmacéuticos de cualquier tipo, indicador que se había registrado previamente en Paraguay. Sin embargo, se han informado casos en Argentina, Perú y Brasil; en este último país también la combinación de cocaína o crack con cannabis está incrementando aceleradamente.

La nueva tendencia que se ha reportado en Puerto Rico enfrentando un creciente problema respecto a las drogas inyectables, es la práctica en el consumo de heroína y la mezcla de heroína y xilazina (tranquilizante para animales). Esta mezcla tiene efectos

particularmente perjudiciales para la salud del consumidor, pero se cree que es popular porque imita o extiende los efectos de la heroína.

Por otra parte el uso de medicamentos sin prescripción o supervisión médica es una práctica ampliamente aceptada en Latinoamérica desde el punto de vista cultural. En Brasil es común el uso de benzodiazepinas sin prescripción médica, especialmente entre las mujeres, para el caso de México también registró un aumento en el uso de productos farmacéuticos sin prescripción médica. Algunas de las razones del aumento giran en torno a la falta de controles sobre los medicamentos comerciales, o la falta de aplicación de los reglamentos. La falta de acceso a atención médica y la pobre educación sobre los riesgos que implica la automedicación agravan el problema, debido a que gran número de los medicamentos son altamente adictivos y tienen efectos adversos sobre la salud si se utilizan en forma prolongada o sin supervisión adecuada (Observatorio Interamericano de drogas (OID, CICAD, REDLA, 2007).

Asimismo y considerando que es uno de los países con mayor consumo resulta importante conocer las tendencias del abuso de drogas en los Estados Unidos, las cuales sugieren que el abuso de metanfetaminas se expande geográficamente y a diferentes grupos poblacionales. Además de los laboratorios en California y el tráfico desde México, existe la proliferación de laboratorios caseros en todo el país, especialmente en las áreas rurales. Asimismo los indicadores para el uso de MDMA o también conocido en el argot como éxtasis, sugieren que el uso de esta droga se ha extendido a poblaciones fuera del ambiente de los clubes nocturnos. La MDMA a menudo se usa conjuntamente con el alcohol y otras drogas, y las pastillas vendidas en los clubes como éxtasis a menudo contienen otras sustancias o en lugar de la MDMA (National Institute on Drug Abuse NIDA, 2004).

Los opiáceos/narcóticos (excluyendo la heroína) han aparecido de manera creciente en los indicadores del abuso de drogas, especialmente los productos de hidrocodona y oxicodona. La marihuana es la droga ilícita de uso más frecuente en las áreas del Grupo de Trabajo de Epidemiología de la Comunidad (CEWG) y los niveles de su uso y abuso son altos entre los adolescentes y jóvenes adultos. Asimismo diversas encuestas muestran que la mayoría de los adolescentes menores de 18 años han consumido alcohol y aumenta cada vez más el número de tragos entre ellos, sin importar factores sociodemográficos (NIDA, 2004; O'Malley, Johnston y Bachman, 1998).

Al considerar que las edades son cada vez menores para el inicio del consumo tanto de drogas legales como ilegales, se abordan las tendencias en la prevalencia, magnitud y creencias acerca del uso de drogas entre el año 2007 y 2008, en una muestra representativa de estudiantes de secundaria de los Estados Unidos, el Estudio de Observación del Futuro (MTF, 2008) sugiere que los patrones de uso en la mayoría de las drogas disminuyeron o se mantuvieron estables, particularmente la marihuana. Los principales hallazgos del MTF mostraron aspectos tanto positivos como negativos, por un lado el porcentaje de los estudiantes de 10<sup>o</sup> grado, que de 2007 a 2008 reportaron uso de cualquier droga ilícita, excepto la marihuana, disminuyó significativamente en varias categorías; del 18.2% al 15.9% en "uso en la vida de cualquier droga ilícita", del 13.1 % al 11.3 % respecto al "uso en el año anterior" y del 6.9 % al 5.3 % en el "uso durante el mes anterior". Asimismo disminuyó el uso de estimulantes tales como las anfetaminas, metanfetaminas y crack entre los estudiantes de 12<sup>o</sup> grado.

Asimismo el uso de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de 10° grado disminuyó en todos los periodos de prevalencia, por ejemplo del 56.3 % en 2007 al 52.5 % para 2008. Por otra parte los estudiantes de 8°y 12° grado no mostraron reducción en el consumo de cigarros en este periodo de un año, no obstante la tendencia a largo plazo muestra una disminución en todos los grados encuestados. Estos hallazgos son particularmente notables debido a que la adicción a la nicotina es uno de los principales factores contribuyentes evitables de distintos problemas de salud (Medina-Mora, 2002). No obstante en 2007 el 15.4 % de los estudiantes de 12° grado reportó el uso no médico de fármacos de prescripción, tales como anfetaminas, sedantes/barbitúricos, tranquilizantes y opiáceos con excepción de la heroína y el abuso de Vicodina.

Las actitudes hacia el abuso de sustancias, por lo general vistas como precursoras de cambios en las tasas de uso, se mantuvieron estables en su mayoría. Sin embargo, entre los estudiantes de 12° grado, continúa disminuyendo la percepción del daño asociado al consumo de LSD y entre estudiantes de 8° grado, ha mermado la percepción del daño y desaprobación del uso de marihuana e inhalables (MTF, 2008)

Por otra parte y de acuerdo con el primer estudio comparativo entre naciones sobre uso de drogas en población escolar de secundaria, la dimensión del consumo de drogas y algunos factores asociados, mostró que las edades se concentraban principalmente entre los 14 y los 17 años. El alcohol fue la droga de mayor consumo entre los estudiantes de nueve países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay), siendo la mayor prevalencia de consumo del último mes la registró Colombia con 51.9%, seguido de Uruguay con 50.1%, es decir que uno de cada dos estudiantes había consumido alguna bebida alcohólica en el último mes previo al estudio. Tanto en Colombia como Uruguay el uso actual de alcohol fue más alto en comparación con los otros países tanto en hombres como en mujeres. En Colombia y Brasil el uso de alcohol fue más precoz con relación a los demás países, presentando tasas de consumo de 37,6% y 34,9% respectivamente en alumnos de 14 años de edad o menores. El menor uso actual de alcohol lo registraron los estudiantes de Bolivia con 16.4%, donde el uso precoz es también el más bajo con 6.4%. En cuanto al uso de tabaco Chile mostró mayor prevalencia en el último mes con 38.3%, siendo mayor en las mujeres con 41.3% con relación a los hombres, 35.4%. El uso de tabaco entre los chilenos fue precoz, alcanzando prevalencias de 25,5% en estudiantes de 14 años de edad o menos, es decir que uno de cada cuatro fumó tabaco antes de cumplir los 15 años. Las prevalencias más bajas en último mes respecto al consumo de tabaco las registran Brasil con 11%, presentando también el uso precoz más bajo con 4,8% (ONUDD, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD y Organización de los Estados Americanos, OEA, 2006).

En cuanto a la asociación entre tabaco, alcohol y drogas ilícitas en los países participantes, las prevalencias de marihuana fueron más altas en aquellos estudiantes que fuman tabaco con relación a quienes no fuman. Ejemplos a destacar son Chile, con una prevalencia al año de consumo de marihuana de 3,8% entre quienes no fuman y de 26,1% entre los fumadores; Brasil y Uruguay, con prevalencias al año de consumo de marihuana de 1% y 2% respectivamente entre quienes no fuman tabaco y cerca de 24% entre quienes sí fuman; y Bolivia y Paraguay donde las prevalencias al año de consumo de marihuana son alrededor del 0,5% entre quienes no fuman, pero alcanzaban el 8,2% y 11,5% respectivamente entre los fumadores de tabaco (ONUDD, CICAD y OEA, 2006).

Tal asociación se repite en el caso de tabaco con pasta base y tabaco con cocaína, mostrando claramente que el riesgo de usar drogas ilícitas se incrementa en aquellos estudiantes que fuman tabaco (Lazcano, 2002) La asociación entre el uso de bebidas alcohólicas y drogas ilícitas es tan fuerte como la ya descrita en el caso de tabaco y drogas ilícitas, de forma tal que las prevalencias al año de consumo de mariguana en Colombia fueron de 1,4% entre quienes no beben alcohol y ascienden a 18,4% entre los bebedores. Asimismo de todos los países las prevalencias año de mariguana, pasta base y cocaína aumentan vertiginosamente entre aquellos estudiantes que también bebieron alcohol en el mismo período (ONUDD, CICAD y OEA, 2006).

A nivel nacional el consumo de drogas ha impactado, mostrando diversos indicadores del abuso en el consumo de sustancias adictivas, así como los problemas de salud y sociales relacionados. Los estudios en México sobre consumo de drogas, brindan un referente importante sobre el estudio del consumo, la magnitud del problema de la dependencia, los problemas asociados al consumo, así como los predictores sociodemográficos y los hábitos de consumo que llevan al usuario a desarrollar la dependencia.

En México los patrones de consumo característicos de la población adulta urbana masculina, que consume más que la femenina, son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión, que constituye el 16.9% de esta población masculina de 13 millones y medio) y el consuetudinario, siendo el consumo de cinco copas por ocasión, que es el 4.8% de diez millones de mujeres adultas urbanas que beben (Encuesta Nacional de Adicciones ENA, 2011).

De acuerdo con la sexta y más reciente Encuesta Nacional de Adicciones ENA, (2011), en México, entre los años 2002 a 2011, el uso de drogas legales en la población en general de 12 a 65 años registró un crecimiento menor, al pasar de 5.03 a 6.0% para cualquier sustancia, y del 4.6 a 5.5% en el caso de las ilegales; no obstante, hubo diferencias importantes por grupo poblacional y tipo de sustancia. Los datos más recientes sugieren que en seis años incremento a 50% el número de personas adictas a drogas ilegales y 30% en el consumo alguna vez en la vida, es decir de 3.5 millones en 2002 a 4.5 millones en 2008. Asimismo revela que de los 4.5 millones que declaran haber consumido por primera vez algún narcótico; 21.5% (casi un millón de personas) lo hizo de manera experimental y 13% (alrededor de 585 mil) declaró ser consumidor frecuente, de estos últimos el 3.2% (alrededor de 19 mil) presentan algún signo o síntoma de dependencia a algún narcótico, es decir, son farmacodependientes.

Asimismo el número de adictos crónicos incrementó 51%, según datos arrojados en 2002 apuntaban que 307 mil personas eran adictas, mientras que en 2008 esta cifra se elevó a 465 mil con problemas graves de dependencia. Por otra parte, la oportunidad de pasar de la experimentación al uso de drogas es de 22%, esto para los nacidos entre 1942 y 1956; 25% para las personas que nacieron entre 1957 y 1971, y de 31% a los nacidos entre 1972 y 1983. Las cifras también apuntan a que cerca de 13% de los que experimentan con drogas en ambos sexos pasan al uso frecuente; 2% de los varones progresan hacia la dependencia, y 1.2% de las mujeres avanzan a la dependencia; estos datos sugieren que el consumo aumenta entre los grupos de niños y mujeres (ENA, 2011).

En cuanto al genero, cabe señalar que el consumo de drogas entre mujeres se ha duplicado en un lapso de seis años, pasando de 0.9% a 2.0%, lo que significa que hay 800 mil consumidoras experimentales y de ellas aproximadamente 100 mil son adictas

crónicas. A pesar de este aumento de consumo femenino, los varones continúan siendo los mayores consumidores en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer.

En cuanto al tipo de sustancia, las cifras apuntan a que la marihuana sigue siendo la droga de mayor consumo entre la población mexicana, al pasar de 3.8 a 4.4%, uno de los motivos es el abaratamiento de sus costos de venta y el fácil acceso a la droga. Mientras que el consumo de cocaína desplazó a los inhalables, duplicando su consumo de 1.3% en 2002, a 2.5% en 2008, los inhalables 0.7%, las mentafetaminas 0.5%, alucinógenos 0.4% y la heroína un 0.2.

Por otra parte el tabaco y el alcohol, caracterizados por ser drogas legales, continúan siendo las drogas de inicio entre los adolescentes, hacia el consumo de las drogas ilegales. La ENA-2008 lo ratificó, al igual, que otras encuestas nacionales anteriores e investigaciones científicas en México y el mundo, el 14.7% de quienes comenzaron a fumar tabaco y 16% de los que se iniciaron en el consumo de bebidas alcohólicas antes de los 18 años, posteriormente usó marihuana u otra sustancia ilegal.

En el caso del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, SISVEA (2007) a través del registro de información de cuatro fuentes principales: Centros de tratamiento, Consejos Tutelares de Menores, Servicios Médicos Forenses y los Servicios de Urgencias Hospitalarias, monitorean las tendencias e integra la información del fenómeno y el impacto de los problemas relacionados con el uso y abuso de tabaco, alcohol, drogas médicas e ilícitas, así como sus efectos en morbilidad, mortalidad y su asociación con la delincuencia juvenil.

El informe sugiere el incremento del 150% en la demanda de atención en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y las Organizaciones no gubernamentales (ONG's) en la frontera norte del país, lo que hace evidente que dicha zona prevalece el problema de abuso en el consumo de drogas. Asimismo de los 626 centros de tratamiento (CT) no gubernamentales, ubicados en las 32 entidades federativas del país, la droga de impacto más frecuente a nivel nacional fue el alcohol en 31.5%; en segundo lugar la cocaína en 23.4%, mientras que las anfetaminas y metanfetaminas se ubicaron como la tercer droga con 16.3%, seguido por la heroína con 10.5% (SISVEA, 2007).

En todos los centros de tratamiento del país se observa que en la población atendida predomina el sexo masculino (91%). Con respecto a la edad, hay algunas diferencias entre los que llegan por primera vez, en CIJ el rango de edad que concentra a la mayoría de los casos es de 15 a 24 años y en las ONG llegan en proporciones importantes personas de más de 35 años. El 15% era menor de edad, el porcentaje de jóvenes fue mayor entre los usuarios que mencionaron como droga de impacto a la marihuana y los inhalables. Por otro lado, entre los que tuvieron como droga de impacto a la cocaína y el cristal, más del 40% eran adultos jóvenes. En cambio, el mayor porcentaje de adultos de 35 años o más se encontró en los que mencionaron alcohol como droga de impacto. En cuanto a los patrones de consumo la mayor parte de los entrevistados hacía un uso diario de la sustancia de impacto. El uso se inició en forma temprana en la mayoría de ellos, y la principal droga de inicio con mayor frecuencia fue el alcohol. Asimismo el tabaco y la marihuana se reportaron como drogas de inicio, pese a que varios usuarios no consideran el consumo de tabaco como droga. Cabe señalar que el alcohol también fue la droga de mayor impacto, es decir aquella que el usuario identifica con más capacidad

para producirle efectos negativos (problemas), ya sea en el área de salud, familiar, legal o laboral y que es el motivo principal de la demanda de tratamiento

Respecto a la historia natural del consumo de drogas, el 92% de quienes habían iniciado con marihuana, el 81% de quienes habían iniciado con inhalables, el 68% de quienes iniciaron con alcohol y el 70% de quienes lo hicieron con cocaína, pasaron a una segunda sustancia, y una elevada proporción de estos usuarios de dos sustancias transitó posteriormente a una tercera. La información de CIJ muestra entre los usuarios de drogas de diseño a un mayor porcentaje de personas de nivel socioeconómico medio alto o alto, que probablemente se asocia a la posibilidad de acceder a esas sustancias (SISVEA, 2007).

Por otra parte el porcentaje más alto de los casos atendidos es de poliusuarios de drogas, denotando que aproximadamente el 70% usa más de una sustancia al mismo tiempo, mientras que sólo el 30% permanece como monousuarios, fluctuando estos porcentajes de acuerdo al tipo de droga con que inician. Entre los poliusuarios, un 40% reportó el uso de hasta cinco sustancias simultáneamente, asimismo la droga que consumen con más frecuencia cuando llegan a tratamiento no es, necesariamente, con la que se iniciaron.

En cuanto a los casos atendidos en los Consejos Tutelares de Menores, de 7,230 detenidos a nivel nacional, el 93% eran varones. La droga más utilizada entre los menores infractores fue la marihuana (25.2%), seguida por alcohol (21.5%), tabaco (21.2%), cocaína (11.3%) e inhalables (10.5%). Asimismo el 52.3% mencionó conseguir droga de manera habitual y el 16.3% cometieron la infracción bajo el efecto de alguna droga, mientras que el 45.8% mencionó haber cometido un delito bajo los efectos del alcohol y casi la mitad afirmó consumir alcohol una vez por semana (47.9%), con una edad de inicio de entre los cinco y nueve años en 99% de los casos. En cuanto a las faltas cometidas por los infractores que consumen bebidas alcohólicas habitualmente, 33.3% se asoció a robos en la vía pública (SISVEA, 2007).

Con relación a los Servicios Médicos Forenses, a nivel nacional el 18.8% de defunciones ocurrieron bajo la influencia de algún tipo de droga ilegal, mientras que el alcohol ocupa el mayor porcentaje 79.8%. Aunado a ello, las causas de defunción se asociaron principalmente con heridas por armas de fuego e intoxicación, 26.6 y 16.6% respectivamente, ocurriendo en la vía pública en 60% de los casos Sin embargo, es importante mencionar que existe un subregistro en el caso de otras drogas, debido a que no todos los Servicios Médicos Forenses cuentan con equipo necesario para realizar análisis específicos para detectarlas. Entre los estados con mayor porcentaje en defunciones bajo el influjo de sustancias se encuentran Puebla (59.7%), Colima (33.3%), Querétaro y Aguascalientes con un 32.7% y 32%. Se observó una importante proporción de adultos jóvenes entre los usuarios de cristal y cocaína, así como entre los casos de defunciones bajo influjo de cocaína. Lo anterior apunta a un grupo en riesgo, para el cual será importante desarrollar acciones preventivas y de atención.

Del total de defunciones, el 91.5% fueron varones y el grupo etario donde se reportó un número mayor de muertes asociadas a sustancias fue el de mayores de 40 años (34.8%), sin embargo, en las muertes asociadas con consumo de cocaína el porcentaje mayor fue de adultos jóvenes respectivamente (SISVEA, 2007).

Referente a los Servicios de Urgencias Hospitalarias se registraron 17,631 ingresos, de los cuales en 7,186 el usuario refirió haber consumido alguna sustancia en los últimos 30 días, incluyendo tabaco (40.8%). De los ingresados, 5739 (32.6%) había sufrido alguna lesión por causa externa. De quienes habían sufrido lesión por causa externa, 649 (3.7%), se encontraban bajo el efecto de al menos una sustancia psicoactiva al momento del ingreso, siendo el alcohol la de frecuencia mayor (SISVEA, 2007).

Por otra parte, de acuerdo con el Sistema de Reporte de Información en Drogas SRID (2008), que opera fundamentalmente para la Ciudad de México, y cuya información se obtiene de 44 instituciones de atención a la salud y de procuración de justicia del área metropolitana que tiene contacto con la población en general, describe el comportamiento interno del fenómeno del uso de sustancias en términos de tendencias o direcciones que siguen las variables más importantes del fenómeno. De igual modo, identifica las sustancias empleadas, los grupos de riesgo, perfiles de usuarios, problemas asociados al consumo de acuerdo a la percepción del usuario y los términos del argot que están siendo empleados. La muestra estuvo constituida por 924 usuarios de drogas, 84.0% varones y 16% mujeres; es decir que por cada diez usuarios de todas las drogas, dos son mujeres y ocho hombres, la mayor proporción de usuarios están en los rangos de 15 a 19 años (27.8%) y 30 o más (29.4%), asimismo 61.6% de los casos captados son solteros.

El nivel socioeconómico medio es el más reportado, con 75.7% a diferencia de los reportes anteriores en los cuales el nivel socioeconómico bajo tenía la mayor proporción. El 51% de los usuarios tienen como escolaridad la secundaria, ya sea completa o incompleta. Estos datos coinciden con los reportados en la Encuesta de Estudiantes, 2006. De acuerdo con la ocupación el 28.3% es subempleado o eventual, seguido por empleado o comerciante (27.7%).

Las sustancias consumidas con más frecuencia alguna vez en la vida fueron alcohol 74.8% y tabaco 72.1%, mientras que entre las sustancias ilegales fueron la marihuana (64.8%), cocaína (56.6%) e inhalables (42.9%), seguido por los sedantes (12.7%) y alucinógenos (6.7%). Las sustancias más consumidas en 2008 fueron el alcohol y el tabaco, 61.9% y 58.7% respectivamente, en cuanto a las sustancias ilegales más consumidas fueron marihuana (47.0%), cocaína (37.7%) e inhalables (29.4%) y en un nivel menor los sedantes y tranquilizantes (6.5%). Respecto al consumo de cada una de las sustancias, durante el último año, las mujeres reportaron no consumir heroína, mientras los hombres reportaron los tipos de sustancias.

Las sustancias legales más consumidas en el último mes tanto para hombres como mujeres fueron el alcohol (59.8%) y tabaco (59.0%). En cuanto a las sustancias ilegales consumidas en el último mes fueron marihuana (45.5%), cocaína (37.3%) e inhalables (30.9%), sugiriendo que las demás sustancias exceptuando alcohol y tabaco son usadas alguna vez en la vida y no de manera regular.

Sin considerar alcohol y tabaco, los hombres indicaron con mayor frecuencia haber iniciado el consumo con Cocaína (31.7%), por otro lado las mujeres reportaron haberlo hecho con Inhalables (41.7%). En cuanto al número de sustancias consumidas excluyendo alcohol y tabaco, se encontró que la mayor proporción de usuarios consumen una sustancia (48.6%) y la mayor proporción de los usuarios se ha instalado en un patrón

de uso crónico (36.8%), es decir que reportó consumo de drogas en el último mes, durante 20 días o más.

Considerando todas las sustancias, las vías de administración utilizadas con mayor frecuencia, dependiendo el tipo son la fumada, tragada e inhalada. Con menor frecuencia la forma de uso inyectada se reporta para: Cocaína y Sedantes-Tranquilizantes.

En México también se han realizado encuestas en estudiantes en torno al fenómeno de las adicciones. De acuerdo con la cuarta Encuesta sobre el Consumo de Drogas en Estudiantes (2006), cuya muestra evaluada (N=10,523) denota que nueve de cada diez estudiantes consumen alcohol y la mitad de esos consumidores abusan de la sustancia. El 49.5% fueron mujeres y el 50.5% hombres. El 48.8% de ellos tienen 14 años o menos, el 54.7% asisten al nivel secundaria, los que asisten a bachillerato son el 34% y a bachillerato técnico asiste el 11.3% de la muestra. Además, la mayoría de los adolescentes, tanto hombres como mujeres, fueron estudiantes de tiempo completo el año anterior al estudio y sólo el 5.9% de los hombres y el 4.7% de las mujeres no fueron estudiantes el año anterior al estudio. El 24.7% de los hombres y casi el 13% de las mujeres realizan alguna actividad remunerada de medio tiempo o de tiempo completo y la mayoría de ellos cuenta con padre y madre.

Particularmente respecto a la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas para el Distrito Federal se encontró que el 68.8% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 41.3% lo ha consumido en el último mes. En cuanto al nivel educativo, en secundaria el 29.8% de los adolescentes han consumido alcohol en el último mes. Para las escuelas de educación media superior, este porcentaje casi se duplica, de manera que en las escuelas de bachillerato técnico el 57.6% de los adolescentes han bebido alcohol en el último mes, y en bachillerato el 54.6%.

En cuanto a la edad de los adolescentes, se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos es de 55.7% y quienes tienen 18 años o más es 86.8%. Asimismo, más de la mitad de los adolescentes de 17 años ha bebido alcohol en el último mes. Por otro lado, se presenta un consumo mayor de alcohol (42.4% en el consumo actual) en los adolescentes donde el padre tiene una escolaridad de secundaria o mayor, con relación a los adolescentes cuyo padre tiene una escolaridad de primaria o menor (35.7%). El porcentaje de consumo actual de alcohol, cuando la mamá tiene una escolaridad de secundaria o mayor, es ligeramente mayor (42.5%), con relación a cuando la madre tiene una escolaridad de primaria o menor (36.7%).

Las delegaciones políticas más afectadas por el abuso de bebidas alcohólicas son; Cuajimalpa (33.7%), Benito Juárez (30.6%), Magdalena Contreras (30.2%), Azcapotzalco (27.9%), Cuauhtémoc (27.4%) y Tlalpan (27.3%). Los resultados globales para la ciudad de México, indican que 25.2% de los estudiantes consumen cinco copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes, porcentaje similar al reportado en la encuesta de 2002, que fue de 23.8%.

A través de las distintas encuestas y estudios epidemiológicos es posible conocer el panorama, haciendo posible identificar grupos en riesgo, población afectada, drogas emergentes, detectar oportunamente cambios en los patrones de consumo, así como factores de riesgo de morbilidad y mortalidad asociados al consumo de sustancias y su distribución en el ámbito geográfico, etc. La importancia de analizar las distintas

encuestas y reportes nos brinda el mantener un sistema de información continúa que proporcione un diagnóstico sobre el fenómeno y el impacto del consumo de sustancias en México. En este sentido, los datos y cifras sugieren que las adicciones es un problema social y de salud pública que de manera creciente se ha agudizado en los últimos años y en la mayoría de las naciones del mundo.

Asimismo, en el campo de la salud se han desarrollado diferentes estrategias metodológicas con la finalidad de obtener información objetiva sobre el uso y abuso de sustancias adictivas que permita dar respuesta a diversas preguntas, por ejemplo ¿Cuál es el nivel de consumo en la población?, ¿Cómo es su frecuencia, cantidad, circunstancias, etc.?, ¿Cuáles son los problemas relacionados con el consumo?, o ¿Qué factores de riesgo y protección se deben considerar dentro de la prevención?, en respuesta a este último cuestionamiento, se ha hecho hincapié en el estudio de los factores de riesgo y protección, factores que versan directamente sobre la probabilidad de adquirir o no la conducta adictiva. Los resultados obtenidos muestran que los rangos de edad de mayor riesgo para el inicio en el uso de sustancias son de 15 a 19 años y de 12 a 14 años. Los usuarios menores de 11 años reportan consumo de otras sustancias no médicas, Opiáceos, Anfetaminas y Marihuana, lo que sugiere que las edades de inicio son cada vez más tempranas y la variedad de sustancias es mayor. Asimismo se ha reportado que la curiosidad es el motivo que las personas reportan en mayor proporción para iniciar el consumo de drogas (37%) esto es: saber "qué se siente", "a qué saben", "si es verdad que se siente lo que dicen que se siente", etc. Esto es congruente con la etapa de adolescencia en la cual una de las tareas psicológicas es definir la propia identidad y para ello una de las alternativas es buscar sensaciones nuevas. En cuanto a las categorías que le siguen fueron por invitación (17.7%) y por influencias de amigos (17.2%) (SRID, 2008).

El consumo de alcohol es un fenómeno que es simple en sus manifestaciones visibles, pero se hace particularmente complejo tan pronto se trata de separar, identificar e interrelacionar la intrincada trama de factores que lo condicionan. Por razones metodológicas, se deben de estudiar por separado factores genéticos, fisiológicos, psicológicos, sociales y económicos; en forma separada, pero siempre teniendo muy en cuenta que la interacción de todos estos factores es muy intensa. En términos de prevención, estos datos muestran la necesidad de desarrollar programas dirigidos a distintas poblaciones y grupos etarios específicos. De ahí la importancia de analizar los factores de riesgo y protección que se han estudiado y relacionado con la conducta de consumo y su papel preponderante en la prevención.

## **b) Factores de riesgo y protección vinculados a la prevención del consumo**

Etiológicamente hablando, resulta indispensable conocer los antecedentes del consumo de sustancias y particularmente del alcohol, que continúa siendo una de las sustancias legales de inicio, mantenimiento y antesala para el consumo posterior de otras drogas (ENA, 2008; SRID, 2008; SISVEA, 2007; Sánchez, Hernández y Lazcano, 2006; Kandel, 2002; Kandel y Jessor, 2002; Becoña, 1999; Kandel y cols, 1997; Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1996; Rohde y cols, 1996; Stenbacka, Allebeck y Romelsjö, 1993). En este sentido, las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas han buscado determinar cómo inicia y progresa el abuso del alcohol y otras drogas (Alcázar, 2008; Herrera, 2004). Al analizar aquellos factores de riesgo que prevalecen e inciden en el

aumento de posibilidades para la presencia del consumo de alcohol u otras drogas, resulta importante considerar que lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra.

Los adolescentes se han ido sumando al grupo de consumidores, adoptando pautas que con frecuencia se asocian a la embriaguez. En la actualidad, los adolescentes se desarrollan en un ambiente en donde se tolera y hasta se promueve el consumo al no existir normas claras que limiten la ingestión de alcohol tanto en el seno familiar como en los establecimientos comerciales. La ingestión de bebidas alcohólicas se considera como un elemento de transición a la edad adulta, práctica a la que se suma cada vez un mayor número de mujeres. Por otra parte, han surgido nuevas bebidas, presentaciones y envases en un intento de las compañías productoras por diversificar el mercado incluyendo a la población joven y a las mujeres. Lo anterior ha propiciado modificaciones en los hábitos de consumo, incrementándose al mismo tiempo la posibilidad de abuso y dependencia del alcohol.

Se ha sugerido que el consumo en jóvenes y adolescentes es predominantemente de tipo social debido a que el inicio y mantenimiento es dependiente de la aceptación; de forma que la cultura universitaria creada por los jóvenes los provee de afirmaciones positivas acerca del consumo de alcohol y sus efectos, que son incorporadas como creencias dentro de los esquemas cognitivos del joven y actúan como reguladoras del comportamiento de consumo, otros adolescentes mencionan beber debido a la experiencia de placer y experimentación de los efectos, tales como pasar tiempo con los amigos (O'Malley, Johnston y Bachman, 1998). Asimismo la persona hace un análisis de costo - beneficio frente a la posibilidad de adoptar cierta conducta basándose en la actitud hacia dicha conducta y en las expectativas que tiene sobre los efectos de la ingestión de alcohol, es decir que si las expectativas son positivas estarán centradas en la aproximación a la conducta más que en la evitación de la misma.

En este contexto, las expectativas frente al consumo han sido definidas como los efectos que las personas atribuyen al consumo y que anticipan la experiencia de estar bebiendo; de acuerdo con el modelo de creencias en salud las expectativas pueden ser consideradas predictoras para la presencia del consumo, guardando estrecha relación con este. Al considerar que las expectativas son complejas redes de creencias que se desarrollan durante la infancia a partir de experiencias de aprendizaje vicario y de la exposición a ciertas afirmaciones que se guardan como archivos de memoria a largo plazo y determinan la actitud; estas creencias hacia el consumo son positivas o negativas dependiendo de lo deseables que sean los efectos para el adolescente, tal es el caso de los consumidores moderados y los dependientes en quienes predominan las expectativas referidas a lograr una mejor y más efectiva interacción social, así como la reducción de la tensión psicológica. Expectativas como agresividad y sentimientos de poder, el incremento de la sexualidad y la desinhibición se dan en menor medida; aunque en todos los casos se presentan con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (Baer, 2002; Stacy, Widaman y Marlatt, 1990; Leigh, 1987; Brown, 1985; Brown, Goldman, Inn y Anderson, 1980).

Asimismo los estudios en población escolar muestran la importante asociación que existe entre el uso de drogas y las expectativas futuras que tienen los adolescentes. Aunque no es posible establecer una relación de causalidad, estudios internacionales muestran que aquellos jóvenes con bajas expectativas a futuro, entre ellas concluir la educación

secundaria e ingresar a estudios superiores, presentan elevadas tasas de consumo de drogas, en comparación con quienes muestran altas expectativas (ONUDD, CICAD y OEA, 2006).

Aunado a lo anterior, estudios empíricos sustentan que el consumo moderado de alcohol es predominante entre los jóvenes universitarios en ciudades grandes de América Latina como la Ciudad de México. Al respecto Mora-Ríos, Natera y Juárez, (2005) evaluaron el impacto de las expectativas respecto al alcohol para la predicción del abuso de alcohol en estudiantes de universidades públicas y privadas de la Ciudad de México, encontrando que las expectativas respecto al alcohol como facilitador de la interacción social, es uno de los principales predictores del abuso. Asimismo, los hallazgos confirman que el consumo alto o explosivo tiende a ser mayor inclusive entre los jóvenes que no asisten a la universidad, siendo el periodo de mayor consumo entre los 18 y 21 años de edad, encontrando que otros factores de riesgo identificados son la exposición a los sucesos de vida, las formas inadecuadas de enfrentamiento, variables de personalidad, recurrir al alcohol para reducir la tensión y las variables de contexto medioambiental y sociocognitivas, entre las que destacan las expectativas respecto a los efectos positivos del alcohol, en este sentido las expectativas no sólo predicen el consumo de alcohol, sino que además permiten diferenciar el consumo problemático del no problemático. Otros resultados observados a través del Examen Médico Automatizado (EMA) en población estudiantil de tres generaciones de la UNAM, sugieren el aumento en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre los estudiantes que ingresan a las instituciones de nivel medio superior, siendo de 24.7% y elevándose a 58% al ingresar a la licenciatura, siendo un marcador evaluado y empleado como uno de los principales indicadores de riesgo de deserción, problemas escolares y sociales, dificultades académicas y de la calidad de vida entre los jóvenes. Asimismo se sugiere particularmente con el consumo de alcohol que ha mayor cantidad de consumo la constante de violencia física y verbal dentro de la familia aumenta, aunado a que los pensamientos suicidas corresponden a los estudiantes que suelen consumir alcohol con mayor frecuencia. Estos datos, son consistentes en otras universidades públicas, no obstante es en las escuelas privadas que el consumo de alcohol se eleva aún más (González de Cossio, 2006).

Desde esta perspectiva, los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los niños y adolescentes en diferentes etapas de sus vidas. No obstante en cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva; así por ejemplo, en los años preescolares incidir en las conductas agresivas, con intervenciones familiares, escolares y comunitarias dirigidas a favorecer en los niños el desarrollo de conductas positivas (Chimalli, 2001). Se ha encontrado que los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan el riesgo de los niños para el consumo de drogas en el futuro (Chimalli, 2001).

Asimismo los factores de riesgo pueden influir e impactar de varias maneras, mientras más son los riesgos a los que está expuesto el niño o adolescente, mayor es la probabilidad de consumir. Igualmente algunos riesgos pueden impactar más que otros durante ciertas etapas del desarrollo, como la presión de los compañeros durante los años de la adolescencia, al igual que algunos factores de protección como el vínculo sólido entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez. La investigación social ha identificado numerosos factores interrelacionados y que aumentan o disminuyen la probabilidad de alcohol, tabaco y otras

drogas y los problemas relacionados entre los jóvenes. Estos factores de riesgo y protectores se encuentran en múltiples niveles, incluido el individuo, la familia, el grupo de pares, la escuela y la comunidad (Robertson, David y Rao, 2003; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Newcomb y Félix Ortiz, 1992; Kandel, Simcha-Fagan y Davies, 1986).

En el cuadro 1 se describen cómo los factores de riesgo y de protección participan en cinco dominios o ambientes, donde se puede incidir en las intervenciones.

Cuadro 1. Factores de riesgo y de protección

<b>Factores de Riesgo</b>	<b>Dominio</b>	<b>Factores de Protección</b>
Conducta agresiva precoz	Individual	Auto-control
Falta de supervisión de los padres	Familia	Monitoreo de los padres
Abuso de sustancias	Compañeros	Aptitud académica
Disponibilidad de drogas	Escuela	Políticas anti-drogas
Pobreza	Comunidad	Fuerte apego al barrio

Algunas de las señales de riesgo se pueden percibir desde la infancia o la niñez temprana, tal como la conducta agresiva, falta de auto-control o temperamento difícil. Cuando el niño crece, las interacciones con la familia, escuela y la comunidad pueden aumentar el riesgo para el abuso de drogas en el futuro. En este caso la exposición a drogas se considera el factor de riesgo más importante para desarrollar adicción y mientras más temprana es la exposición, mayores posibilidades existen de iniciar el consumo. Las cifras señalan que el 43% corresponde al rango de edad de 12 a 25 años, el 24% entre los 26 a 34 años y el 22% de 35 años adelante. Para el caso de los adolescentes entre 12 y 17 años de edad tienen más riesgo de adquirir alguna adicción y presentan 68% más probabilidad de usar marihuana cuando están expuestos a la oportunidad, más que aquellos que alcanzaron la mayoría de edad, lo que significa que los adolescentes progresan en mayor proporción a la dependencia. Asimismo los niños y adolescentes tienen 4.4 veces más de probabilidad de usar drogas si el padre consume; 4.6 veces cuando es el hermano y 10.4 cuando se trata del mejor amigo. Según el reporte, los niños y jóvenes que aún viven con su familia son los menos propensos a consumir drogas en comparación de aquellos que abandonan el hogar a edad temprana; de este último grupo, 10% se convierte en un sector vulnerable de intentos suicidas (ENA, 2011).

En cuanto a la disponibilidad de sustancias en el entorno social del adolescente y riesgo percibido, los resultados indican que un 42.9% de los hombres y 37.7% de las mujeres consideran que es fácil o muy fácil conseguir drogas. Además, el 3.8% de los adolescentes reporta que su papá ha consumido drogas, el 0.9% que su mamá las ha consumido y el 5.1% indica que alguno de sus hermanos las ha consumido. Sin embargo, un (18.8%) menciona que su mejor amigo consume drogas. Esto se presenta en forma muy similar tanto en los hombres (19.1%) como en las mujeres (18.5%) (Encuesta Nacional en Estudiantes, 2006).

Por otra parte, las investigaciones han revelado factores de riesgo para el consumo de sustancias, cada uno representa un reto al desarrollo psicológico y social del individuo, teniendo un impacto diferente dependiendo de la fase. Aunado a ello los hallazgos sugieren que el consumo de alcohol tiene una fuerte carga genética que se transmite de padres a hijos, en quienes ya se puede apreciar desde la infancia diferencias neurofisiológicas que los asemejan más a los usuarios con consumo crónico que el resto de la población. En hijos de usuarios con problemas en su consumo de alcohol se aprecia una dificultad para mantener el control del consumo, teniendo un riesgo para el abuso entre el 20 y 25% (Guardia, 1994, Grau, 1991).

Los estudios han revelado evidencia respecto a la importancia que tienen los padres o cuidadores en la educación de sus hijos y en el desarrollo de una conducta preventiva del uso de drogas. (Chimalli, 2001, Alcántara, Reyes y Cruz, 2003). Las primeras interacciones de los niños ocurren en la familia y en ocasiones la situación dentro de ella aumenta el riesgo de consumo en los menores, por ejemplo cuando existe la falta de empatía y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores, crianza ineficiente y cuidadores que consumen alcohol u otras drogas; asimismo en ocasiones los menores incluso suelen huir de sus casas y unirse a grupos de niños de la calle quienes ya han tenido contacto con las drogas (CITA proyecto niños de la calle inp; Castro, 2001; Natera, Borges, Medina-Mora, Solís y Tiburcio, 2001). Aunado a ello, se ha sugerido que, la falta de recursos económicos dentro de la familia, la permisividad de los padres o cuidadores hacía el consumo, la violencia intrafamiliar o el maltrato en sus múltiples vertientes, la comunicación negativa, las conductas represoras o el escaso involucramiento de los padres, así como las expectativas de los adultos hacia los efectos del consumo cuando son positivas y agradables, aumenta la probabilidad de que los jóvenes adopten estas mismas creencias llevando a que estos se expongan más fácilmente a situaciones de abuso (ENA, 2011; Mora-Ríos, Natera y Juárez, 2005; Alcántara, Reyes y Cruz, 2003).

Asimismo los factores de riesgo fundamentales son aquellos que afectan el desarrollo temprano de la familia, incidiendo tanto en el inicio como en el mantenimiento del consumo; por ejemplo el ambiente doméstico caótico, particularmente cuando los padres abusan de alguna sustancia o sufren enfermedades mentales, ausencia de normas familiares, paternidad ineficaz y problemas de conducta; así como la falta de enlaces mutuos y adhesión en la crianza (Muñoz y Graña, 2001; Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999).

Al respecto, diversos autores se han dirigido al estudio del consumo de drogas intentando determinar la posible contribución de la familia tanto en el inicio como mantenimiento del mismo. Una de las líneas de investigación se refiere a la *estructura y composición familiar*, mostrando que tanto la ausencia de alguno de los padres o ambos, como el hecho de que alguno de ellos vuelva a casarse, podrían conceptualizarse como factores de riesgo que permitirían predecir el consumo posterior de drogas por parte de los hijos (Needle, Suy Doherty, 1990; Comas, 1990; Polaino, 1991; Ruiz, Lozano y Polaino, 1994). Otro de los factores estudiados es la *disciplina familiar*, al respecto la variable control o seguimiento paterno ha sido asociada a la etiología del abuso de drogas en la adolescencia. Al respecto Kandel y Andrews (1987) encontraron que factores como la ausencia de implicación materna, ausencia o inconsistencia de la disciplina parental y bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos, predecían su iniciación en el uso de drogas.

Concerniente a las *actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas* se ha estudiado que el uso parental de drogas se asocia repetidamente con la iniciación de los adolescentes en el consumo de tóxicos y con la frecuencia de uso de los mismos (Tiburcio y Natera, 1998; Brook. J, Brook. D, Gordon, Whiteman y Cohen, 1990). En este caso, esta correlación positiva se ha comprobado para la mayor parte de las drogas tanto legales como ilegales (Oei, Fae y Silva, 1990; Fournet, Estes, Martin, Robertson y McCrary, 1990; Aubá y Villalbí, 1993; Alonso y Del Barrio, 1994; Campins et al., 1996). Atendiendo al factor actitudinal del modelado parental, es importante señalar que las actitudes permisivas de los padres respecto al consumo de sustancias son percibidas por los jóvenes como de igual o mayor importancia que el uso parental real (Brook et al., 1986; Hansen, Graham, Sobel, Shelton, Flay y Johnson, 1987; Pons, Berjano y García, 1996).

En cuanto a las *relaciones afectivas y comunicación* que implican en primera instancia el afecto y vínculo afectivo paterno filial, la mayoría de los estudios coinciden en que las interacciones padres-hijo caracterizadas por la ausencia de conexión y por la sobre implicación maternal en las actividades con los hijos parecen estar relacionadas con la iniciación de los jóvenes adolescentes en el uso de drogas. De forma contraria, las relaciones familiares positivas basadas en un profundo vínculo afectivo entre padres e hijo correlacionan con una menor probabilidad de que la juventud presente problemas de conducta y se inicien en el consumo de sustancias (Brook et al., 1990; Pons y cols., 1996; Recio, Santos, Sanchez, Escamilla, Barahona y Plaza, 1992; Tasic, Budjanovac y Mejovsek, 1997; Brook, Gordon, Whiteman y Cohen, 1986; Selnow, 1987). En segunda instancia se encuentra la comunicación familiar, múltiples estudios sostienen de forma genérica la importancia de la comunicación paterno filial y con referencia al problema concreto de las drogas, sostienen que a pesar de que la relación con los padres tiene un protagonismo especial en la vida del joven, la que se establece con los amigos puede llegar a ser mucho más relevante (Comas, 1990; Graña y Muñoz- Rivas, 2000). En tercera instancia se ubica la *cohesión familiar*, la probabilidad de que los jóvenes manifiesten la conducta de consumo disminuye a medida que aumenta su participación en las decisiones familiares y por el contrario, se incrementa conforme lo hace el grado de discrepancia en la familia (Alonso y Del Barrio, 1994). Y como cuarta instancia se encuentra el conflicto familiar, los hallazgos confirman que la crianza de los niños en familias con alto nivel de conflicto es un factor de riesgo importante tanto para el desarrollo de trastornos de conducta en general como para el consumo de sustancias (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999) (Otero, Mirón y Luengo, 1989).

La evidencia indica que los padres involucrados en la vida de sus hijos adolescentes siempre logran reducir la probabilidad de consumo de drogas de éstos o al menos evitar el paso de sus hijos hacia conductas de consumo de drogas más abusivas (Chimalli, 2001). En el caso de Argentina el consumo de cualquier droga ilícita aumentó de 4,9% en estudiantes con padres muy involucrados a 16,3% en aquellos con padres nada involucrados. En Chile las prevalencias se elevaron de 10,8% con padres muy involucrados a 36,6% en aquellos que consideraban que sus padres no están nada involucrados en sus vidas. Entre los estudiantes de Paraguay las prevalencias fueron de 2,1% en estudiantes con padres muy involucrados a 12,1% en aquellos estudiantes con padres nada involucrados. En Perú las prevalencias subieron de 2% a 8,4% en estudiantes con padres muy involucrados y nada involucrados respectivamente (ONUDD, CICAD y OEA, 2006).

Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best y Schnurr (2000), señalan que el uso de sustancias en la familia y experiencias postraumáticas se identifican como factores de riesgo. En su estudio realizado con 3,907 adolescentes, los hallazgos principales sugieren que aquellos que habían sido atacados física y sexualmente, habían sido testigos de violencia, o tuvieron familiares con problemas con el consumo de alcohol o uso de otras drogas, demostraron aumento en el riesgo del abuso/ dependencia de sustancias; asimismo el desorden de estrés postraumático independientemente se asoció con aumento en el uso de marihuana y abuso / dependencia severa; y cuando los efectos de otras variables fueron controlados, los afro-americanos estuvieron aproximadamente a un tercio del riesgo de abuso / dependencia de sustancias comparado con los caucásicos, pero esto no ocurrió con los hispanos ni nativos americanos.

Por otra parte las investigaciones han mostrado que los períodos claves de riesgo para el abuso de drogas son durante las transiciones mayores en la vida de los niños. La primera transición importante para el menor es dejar la seguridad familiar e incorporarse a la escuela por primera vez; posteriormente al transitar de la primaria a la escuela media, con frecuencia experimenta nuevas situaciones académicas y sociales, como aprender a interactuar con grupos más grandes de compañeros y es precisamente en la adolescencia temprana, en donde aumenta la probabilidad de que se enfrente por primera vez a las drogas.

Desde esta perspectiva las interacciones fuera de la familia pueden involucrar riesgos tanto en los niños como en los adolescentes, tales como comportamiento negativo dentro de la escuela o una conducta social deficiente, el fracaso académico en general, así como la asociación con compañeros que abusan de drogas, siendo éste último con frecuencia el riesgo más inmediato para que los adolescentes sean expuestos al abuso de drogas y con alta probabilidad de presentar comportamientos antisociales (Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar, Hernández y Parra, 1999; ENA, 1998, 2002, 2008, 2011; Engler y Haveman, 2002; Graña, 1994). En este sentido el rendimiento escolar es también un factor de riesgo o de protección clave en materia de prevención del consumo de drogas. Aquellos estudiantes que han repetido algún año escolar presentan tasas de consumo de drogas más altas que quienes no lo han hecho (Díaz, 2006; Arellanez, Diaz, Wagner y Pérez, 2004). Por ejemplo en el caso de Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, las tasas de consumo de cualquier droga ilícita se duplicó al comparar a los alumnos que nunca han repetido un curso, con aquellos que han repetido dos o más cursos en el transcurso de su vida escolar (ONUDD, CICAD y OEA, 2006). Los resultados de este estudio indican que los alumnos que han repetido cursos presentan tasas de consumo de drogas más altas en todos los países, lo cual debe tenerse presente como un importante factor de riesgo para el manejo de programas de reducción de la demanda de drogas legales e ilegales.

Al respecto las medidas de reducción de la demanda se han mostrado eficaces, observándose el descenso del consumo de tabaco y alcohol en España y otros países europeos (Calafat, 2002; Ariza y Nebot, 2004). De ahí que algunos de los puntos importantes al momento de planear las estrategias de reducción de la demanda sean considerar que el costo de hacer prevención es menor que el de hacer tratamiento y que las estrategias de prevención y tratamiento son menos costosas que las estrategias policiales de índole represivo. En este sentido, la promoción de la salud y la prevención del uso indebido de drogas y otras conductas no saludables no es facultativa, potencialmente, todos los niños y jóvenes están en riesgo. De acuerdo con la CICAD en

su Programa de reducción de la demanda, a nivel escolar se busca reducir la incidencia del consumo de cualquier sustancia a distintas edades; de 6 a 14 años de edad, desalentar consumo de tabaco, y promover comportamientos saludables, 10 a 15 años, desalentar consumo de alcohol y tabaco, promover comportamientos saludables, y promover el respeto de las reglas, 11 a 18 años de edad, desalentar consumo de drogas ilícitas, promover comportamientos saludables, y promover responsabilidad cívica y respeto a la ley. La CICAD sugiere que el éxito de la prevención escolar requiere de varios puntos entre ellos, el compromiso del Ministerio de Educación, participación de directores de colegios, maestros y orientadores para incluir la prevención en el currículo central, vincular la prevención del consumo de drogas con políticas generales de educación para la salud (incluyendo VIH/SIDA, prevención de la violencia, promoción del respeto a la ley), los expertos en currículo deberán utilizar los hallazgos de la investigación, presupuesto para materiales, capacitación de maestros, y monitoreo de su manera de enseñar el programa para garantizar las buenas practicas y por consiguiente la efectividad e impacto del mismo. Así como la participación de Organizaciones no gubernamentales, sector privado, universidades, Iglesia, etc., de manera que se logre el apoyo de la comunidad (Chisman, 2006).

Por su parte Ortega Ramírez y Castelán, (2005) consideran variables tales como la violencia y maltrato escolar, así como la adicción que por una parte son fenómenos de naturaleza distinta, aunque guardan una estrecha relación, argumentan que un ambiente escolar estimulante, cálido y seguro, es la base para impulsar la mejora académica, pero también para prevenir la violencia y para prevenir el consumo.

De forma que una de las prioridades de reducción de la demanda es la prevención del uso y abuso indebido de drogas y prevención de la violencia en las escuelas. Asimismo enfocar la prevención del consumo de sustancias a nivel escolar resulta fundamental debido a que la mayoría de los jóvenes a nivel mundial se encuentran escolarizados entre los 6 y 14 años de edad, mismos que son cruciales en el desarrollo, de forma que las escuelas para padres, asociaciones de padres y maestros pueden promover el diálogo sobre drogas y comportamientos saludables, mientras que la formación de profesionales al incorporar en sus currículos la educación para la salud y la prevención del consumo de drogas puede tener un efecto multiplicador (Chisman, 2006).

Asimismo la disciplina, exigencia académica y el rendimiento escolar están asociados con mayores o menores tasas de consumo de drogas, en la mayoría de los países las prevalencias año de consumo de cualquier droga ilícita se duplicaron cuando el establecimiento educacional es percibido sin ninguna exigencia académica al terminar sus estudios secundarios, a 11% en aquellos que están seguros que no lo harán. El caso de Paraguay indica prevalencias de 4% para estudiantes con probabilidad de terminar la secundaria y prevalencias de 20,5% entre aquellos que se sienten seguros que no lo harán. Asimismo, en la mayoría de los países las prevalencias año de consumo de cualquier droga ilícita se duplican cuando el establecimiento educacional es percibido por los estudiantes como poco exigente en cuanto a la disciplina (ONUDD, CICAD y OEA, 2006).

Al analizar el consumo de sustancias con la asistencia a la escuela, se sugiere que los menores porcentajes de consumo de tabaco, alcohol y drogas, pertenecieron a los adolescentes que se dedican de tiempo completo a estudiar. Por ejemplo, para el tabaco, el 16.2% de adolescentes que asistieron regularmente, consumen actualmente tabaco.

En tanto que, para los que no fueron estudiantes durante el año pasado, fue del 29%, que representa casi el doble. En cuanto al alcohol, la situación es similar, un 49.4% de los que no asistieron a la escuela el año previo al estudio consumieron alcohol en el último mes, cifra que es de 39.9% para los adolescentes que asistieron regularmente (Encuesta estudiantes, 2006). Finalmente los datos de la encuesta sugieren en cuanto a drogas, que el porcentaje más alto de consumo corresponde a quienes no asistieron a la escuela el año anterior al estudio (26.8%), que representa casi el doble de los que asistieron de tiempo completo a la escuela (16%) (Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Moreno, Gaytán, Gaytán, Amador y Medina-Mora, 2007). Si bien se muestra el papel protector de la escuela ante el consumo, los índices son elevados, por lo que resulta necesario continuar con la prevención constante en esta población. Al respecto se ha mostrado la eficacia de la prevención escolar y familiar, evaluándose en lo que se refiere a drogas como el alcohol, tabaco o la marihuana (Becoña, 2002; Paglia y Room, 1999; Tobler, Roona, Ochshorn, Marshall, Streke y Strackpole, 2000).

En este sentido las actividades y programas destinados a prevenir el consumo de los adolescentes, en general se han implementado en las escuelas y han apuntado a factores de riesgo de tipo individual. No obstante prevalece la necesidad y la eficacia potencial de incidir en los múltiples niveles, así como en los factores de riesgo y protección. De manera que la lógica subyacente es que ningún elemento identificado explica en gran medida el consumo de drogas, sino la compleja interacción de factores de riesgo y de protección que requieren un enfoque dinámico y multifactorial (Hawkins et al., 1992, 1997; Linney y Wandersman, 1991; McLeroy, Bibeau, Steckler y Glanz, 1988).

De igual forma, el adolescente puede encontrarse vulnerable en un medio hostil, sin el apoyo de su medio social y en su búsqueda de adaptación, las drogas pueden aparecer como alternativa en el intento erróneo de salida a situaciones estresantes o conflictivas crecientes, de tal forma que la alternativa del consumo de sustancias puede aparecer con intensidad inusitada (Mansilla, 2002). Otros factores como la disponibilidad de las drogas, los patrones del narcotráfico, las creencias o expectativas acerca de la tolerancia en el consumo, los tipos de enfrentamiento, síntomas depresivos y la falta de adaptación al entorno familiar, son riesgos que pueden influenciar al niño o adolescente a iniciar el uso o abuso de sustancias (Arellanez, Diaz, Wagner y Pérez, 2004). Respecto al consumo de drogas y su relación con la ideación y el intento suicida en estudiantes de bachillerato y licenciatura de la ciudad de México (González, Villatoro, Moreno, Juárez y Gutiérrez (2008), afirman que el intento y la ideación suicidas incrementan el riesgo de iniciar el consumo experimental y regular de drogas, principalmente entre las mujeres, resultados similares se han encontrado en otros estudios (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges 1998).

En los primeros consumos, tal como denotan las encuestas a nivel internacional y nacional, incluyen sustancias tales como el tabaco, alcohol, inhalables, marihuana y los medicamentos de prescripción, como pastillas para dormir, antidepresivos y ansiolíticos. Si el consumo de drogas persiste posteriormente en la adolescencia, típicamente se involucran más con la marihuana y después avanzan a otras drogas, mientras que continúan abusando del tabaco y el alcohol (Engler y Haveman, 2002). Los estudios también demuestran que el abuso de drogas en los últimos años de la niñez y principios de la adolescencia está asociado con mayor involucramiento con las drogas, como la cocaína (ONU, 2007).

Asimismo, investigaciones etiológicas han identificado varios factores de riesgo para el uso de sustancias en niños y adolescentes, así como algunos factores protectores que son importantes para contrarrestar los efectos de estos riesgos (Hawkins, Catalana, Kosterman, Abbott y Hill, 1999). Estas variables se pueden agrupar en tres categorías:

- a) *Historia del sujeto*. Consiste en los factores demográficos (edad, sexo, clase social, religión y raza), los factores biológicos y culturales (temperamento, búsqueda de sensaciones nuevas, identidad étnica) y factores ambientales (apoyo social y disponibilidad de las drogas).
- b) *Desarrollo social*. Integra los factores escolares (rendimiento académico y ambiente escolar), factores familiares (estructura familiar, uso de drogas en la familia y relación familiar), las influencias del medio (modelamiento del uso de drogas, televisión y publicidad) y presión de grupo (amigos que consumen drogas).
- c) *Factor cognitivo*. Incluye actitudes, creencias y expectativas relacionadas con el uso de drogas, las habilidades de competencia personal (toma de decisiones y auto-control), habilidades sociales (habilidades en comunicación y asertividad) y una serie de factores psicológicos relevantes (auto-eficacia y auto-estima).

Por su parte Hawkins et al. (1992, 1997) catalogan los factores de riesgo identificados en la literatura, incluyendo los factores individuales e interpersonales y los factores contextuales.

Los numerosos factores de riesgo individuales e interpersonales incluye: (1) factores fisiológicos (factores genéticos y bioquímicos), (2) uso de drogas en la familia, (3) las prácticas de crianza, (4) conflictos familiares, (5) débil vínculo familiar, (6) problemas de comportamiento precoz y de riesgo, (7) fracaso escolar, (8) compromiso con la escuela, (9) rechazo de los compañeros en los primeros grados, (10) relación con compañeros que usan drogas, (11) la alienación y la rebeldía, (12) las actitudes favorables al uso de drogas y (13) inicio temprano del consumo.

Los factores contextuales incluyen a la comunidad y las normas favorables hacia el uso de drogas, tales como la disponibilidad, la privación económica y la desorganización del barrio

Asimismo y debido a que los riesgos aparecen en cada período de transición de la vida y en distintos contextos, resulta primordial elaborar programas de prevención orientados a revertir o reducir los factores de riesgo y mejorar los factores de protección en cada etapa del desarrollo que sirvan de base también para la elaboración de programas de tratamiento idóneos (Hawkins, Catalano, y Arthur, 2002; Hawkins, Arthur y Catalano, 1997; Saltz, 1995).

De esta manera, Brown (2002), señala que los hallazgos relacionados con los factores protectores para el uso de sustancias entre adolescentes desarrollan métodos para prevenir comportamientos riesgosos. Por su parte (Bravender y Knight, 1998) refieren que los patrones de uso continúan evolucionando, aparecen nuevas drogas en la calle y se redescubren las antiguas, asimismo tanto el comportamiento como el ambiente se convierten en factores que aumentan el riesgo de abuso de sustancias entre los adolescentes. De forma que identificar los patrones de uso y familiarizarse con los

comportamientos co-mórbidos y riesgos sociales puede ayudar a los profesionales clínicos en la identificación de grupos en riesgo e incidir en la prevención del consumo.

Por otra parte, la percepción de riesgo es un fenómeno complejo mediado por factores sociales, culturales, creencias, actitudes personales y niveles de conocimiento, y ha sido utilizado como un indicador epidemiológico de la progresión, debido a su potencial para pronosticar el consumo subsecuente. De acuerdo con la ENA, 2011, la percepción de riesgo en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas es mayor entre las mujeres, tanto en lo referente al consumo excesivo de alcohol, como al uso de otras sustancias psicoactivas. En cuanto a la percepción de gran riesgo hacia el consumo, para el inicio o mantenimiento del consumo es un dato muy importante en las políticas de reducción de la demanda de estas sustancias en todos los países. Los estudios internacionales confirman que una mayor percepción de riesgo disminuye las tasas de consumo de drogas y a la inversa, una baja percepción de riesgo las aumenta. Al respecto se ha demostrado que la baja percepción de riesgo por parte de los estudiantes con uso experimental u ocasional de marihuana; entre el 30% y 45% de los estudiantes de diversos países latinoamericanos consideraban de gran riesgo usar marihuana alguna vez, dejando margen de al menos un 55% que no percibía gran riesgo por su consumo. La mayor percepción de gran riesgo de consumo frecuente de marihuana la registraban los escolares de Paraguay con 81%, siendo uno de los dos países con las más bajas tasas de consumo de marihuana. No obstante, la percepción de gran riesgo frente al uso frecuente de marihuana supera el 70% en los estudiantes de los nueve países participantes. Tal como ocurrió con la marihuana, la percepción de gran riesgo en el uso experimental (alguna vez) de cocaína, pasta base o crack fue baja entre los estudiantes de los diversos países y no superó el 50% en ninguno de ellos. La mayor percepción de gran riesgo de consumo frecuente de cocaína la registraron los escolares de Uruguay con 88%, asimismo presentaron las tasas más bajas de consumo de cocaína (ONUDD, CICAD y OEA, 2006).

Por otra parte, se observa que los adolescentes consideran en su mayoría, muy peligroso el consumo de sustancias como la marihuana (66.9%) y la cocaína (79.4%). Los hombres en el caso de la marihuana (62.6%) y de cocaína (76.1%); las mujeres (71.3%) para la marihuana y (82.7%) para la cocaína. Sin embargo, esta percepción de riesgo disminuye notablemente cuando la sustancia es el alcohol (sólo un 49% considera muy peligroso su consumo frecuente) o para fumar cinco o más cigarrillos diariamente (52%), siendo muy similares los porcentajes de los hombres y las mujeres (Encuesta estudiantes, 2006).

En este orden de ideas y en el contexto del consumo de sustancias, los programas de prevención hacen referencia a todas aquellas medidas o acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo, así como limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias. De acuerdo con Pérez, Quintero y Escallón (1987) la prevención es un proceso activo y de doble vía de implementación de planes o programas informativos, presentación de alternativas y estrategias de intervención, que promuevan la creación de condiciones que reduzcan en lo posible la incidencia y/o prevalencia de problemas como la drogadicción, y que estimulen cambios de actitudes, valores y comportamientos en las áreas afectiva, intelectual, relacional, de acción comunitaria, de sentido de pertenencia social, de organización y de metas.

Los programas para la prevención del abuso de alcohol y drogas están clasificados bajo una serie de definiciones en el campo de la prevención que describen los programas de acuerdo al público para el cual están diseñados. Específicamente, son programas universales, selectivos e indicativos; los programas universales están dirigidos a la población en general, por ejemplo a todos los estudiantes de una escuela. Los programas selectivos se dirigen a los grupos en riesgo, o subgrupos de la población general, por ejemplo los hijos de padres que usan drogas o estudiantes con bajas calificaciones y los programas indicativos están diseñados para personas que ya están experimentando con las drogas o exhibiendo otro tipo de comportamiento arriesgado (Hawkins et al.1992, 1997; Orejuela, 1984).

Los hallazgos sugieren la efectividad de algunos de los principales programas de prevención de alcohol y drogas que se han implementado y desarrollado en Colombia, en Estados Unidos y España. Por su parte Kodjo y Klein, (2002) señalan que los modelos teóricos de uso de sustancias en adolescentes proveen un marco para entender los factores de riesgo y protectores que son pertinentes en todos los contextos, incluyendo rasgos individuales, relaciones interpersonales y la sociedad. Asimismo el conocimiento de estos factores beneficia en la evaluación de cada adolescente y ayudan a proveer intervenciones apropiadas. En el caso de la prevención primaria, se pugna para que las familias y comunidades le enseñen a los niños como enfocarse más hacia sus metas, ser más perceptivos y afines con su cultura y creencias. También se puede fomentar entre los padres para que establezcan límites claros, supervisen el comportamiento de sus hijos, sean un ejemplo adecuado, y provean un ambiente afectuoso y comprensivo. Asimismo resulta importante orientarse hacia algunos factores sociales que son menos fáciles de cambiar, aunado a ello, atender la interpretación en los medios sobre el uso de drogas, disponibilidad de sustancias y pobreza podría tener un impacto general en el problema de uso de sustancias en los adolescentes y podría ayudar a mejorar el estado de salud de los adolescentes.

En este sentido, al analizar el papel de los factores protectores en la disminución del riesgo de inicio o mantenimiento de la conducta de consumo, se considera que brindan la capacidad de promover mejores condiciones para el desarrollo de la persona y reducción de la probabilidad de conductas de alto riesgo. En este sentido, los programas de prevención para los niños entre 6 y 12 años se dirigen a mejorar el aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas, tales como la agresión, el fracaso académico y la deserción escolar. De acuerdo con Lalongo, Poduska, Werthamer y Kellam (2001), la educación debe enfocarse en ciertas aptitudes de auto-control, como manejo de emociones; habilidades de comunicación; solución de los problemas y apoyo académico, especialmente en la lectura.

Asimismo, la educación que se ofrece dentro del núcleo familiar es esencial y se complementa con la proporcionada por la escuela, lugar en donde los niños y adolescentes suelen pasar cada vez más tiempo. No obstante el núcleo familiar puede verse afectado o ser nulo para muchos menores, en este sentido de acuerdo con el (INEGI, 2006), 1 millón 799 mil niños se consideran desprotegidos, por lo que resulta importante puntualizar los resultados de diversas investigaciones que demuestran cómo el alcohol afecta al menor: a) el alcohol es la droga número uno elegida entre la juventud mexicana, b) los adolescentes que abusan del alcohol pueden recordar 10% menos de lo que han aprendido que los que no beben alcohol, c) las personas que empezaron a beber alcohol antes de los catorce años, 47% llegaron a ser dependientes en algún momento,

comparados con 9% de los que empezaron a beber a la edad de 21 años o mayor, y d) aquellos niños menores de 14 años envueltos en accidentes automovilísticos en el año 2006, el 23% falleció por causa de accidentes relacionados con el uso de alcohol.

Asimismo los hallazgos sugieren que las familias pueden proveer protección contra un futuro consumo de drogas cuando existe el vínculo fuerte entre hijos y padres, participación de los padres en la vida del niño, límites claros y disciplina aplicada consistentemente, aunado a ello se ha sugerido otros de los factores protectores dentro de la familia son la enseñanza de valores, establecer y aplicar normas en cuanto al uso de sustancias, fortalecer el autoconcepto y autoestima de niños y adolescentes, mantener una adecuada comunicación, así como fomentar el apego a la escuela y el desarrollo de hábitos de estudio. Estos y otros factores pueden fungir como protectores del consumo dentro de la familia, al adecuarlos y actuando de acuerdo a la edad de los hijos (Vidal Schmil; Alcántara, Reyes y Cruz, 2003; Muñoz y Graña, 2001).

Por otra parte, la importancia de la competencia social como predictor de salud psicológica se encuentra ampliamente documentada y constituye un factor protector para lograr hacer frente al consumo (Allen, Weissberg y Hawkins, 1989; Goldstein, 1973, 1981; Kendall y Wilcox, 1980; Sarason y Sarason, 1981; Spence y Marzillier, 1981; Zimmerman y Kenneth, 1992; Catalano, Kosterman, Hawkins, Newcomb y Abbot, 1996). Por su parte Ford (1982) señaló que “la competencia social es la realización de objetivos sociales relevantes en contextos sociales específicos, usando los medios adecuados, resultando en un desarrollo positivo” (p. 323); más adelante Roth (1986) definió a la competencia social como “el grado de éxito que puede lograr una persona en situaciones de interacción o transacción que tienen lugar en un contexto interpersonal” (p. 30).

Así también, las expectativas de autoeficacia relacionadas con las creencias del individuo, acerca de su habilidad para ejecutar de manera exitosa una respuesta apropiada y hacer frente a una situación, son determinadas parcialmente por el repertorio de habilidades de enfrentamiento de la persona, incluyendo las habilidades sociales (Nuttin, 1978). Así, cualquier rol en el que participe la persona, exige conocer, desarrollar y practicar junto a otras capacidades, el conjunto de habilidades sociales que le permitan crear relaciones eficaces y satisfactorias con los demás. La opinión mayoritaria de los expertos es que dichas habilidades no son patrones rígidos de comportamientos, sino reglas de actuación útiles en diferentes situaciones y contextos (Caballo, 1993).

Desde esta visión, las habilidades sociales corresponden al conjunto de conductas emitidas por un individuo en su contexto interpersonal, para expresar creencias, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Las personas que poseen habilidades sociales son capaces de respetar esas conductas en los demás y resolver los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1993). Es importante considerar que las habilidades de interacción social se aprenden igual que otras conductas y es probable que dependan de la maduración y las experiencias de aprendizaje del individuo (Argyle, 1969). De ahí la relevancia de buscar incidir en el entrenamiento y fortalecimiento de las habilidades sociales como factor de protección de la persona al hacer prevención o bien dentro del tratamiento.

Asimismo y considerando la idea respecto a que la niñez es el periodo crítico de aprendizaje en habilidades sociales, la institución escolar ocupa un papel primordial para el desarrollo de la competencia social, es una importante institución proveedora de comportamientos y actitudes sociales, constituyendo uno de los entornos más relevantes para el desarrollo social de los niños y por tanto, para potenciar y enseñar habilidades de relación interpersonal, siendo las situaciones de aprendizaje cooperativo un recurso primordial para tal fin (Schaffer, 1984; Moreno y Cubero, 1990). De igual modo, el contexto grupal constituye el ambiente más idóneo para que las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales sean eficaces. Para Ovejero (1993) el ambiente cooperativo y el trabajo en grupos cooperativos contribuyen poderosamente al desarrollo y mejora de las habilidades sociales de quienes participan en tales grupos y particularmente, en el caso de personas con necesidades especiales, dado que son quienes más necesitan del apoyo grupal.

Por otro lado, y ahondando en aquellos hallazgos que consideran el déficit en habilidades sociales y su relación con el consumo de sustancias, se ha encontrado que los sujetos con déficits en habilidades sociales consumen menos tabaco. Esto podría estar relacionado con los resultados del estudio de Eysenck (1980) que sugieren que los fumadores frente a los no fumadores eran más extrovertidos y uno de los aspectos que recogían en el constructo de extroversión era la sociabilidad. Para el caso del consumo de marihuana se ha encontrado que aumenta en los sujetos que utilizan esta sustancia para relajarse, esto puede estar relacionado con el efecto relajante que se produce tras el consumo, asimismo el tener problemas para relacionarse con el sexo opuesto, no obstante, parece disminuir el consumo de esta sustancia (Leza y Lorenzo, 2000).

Por otra parte, la gestión social de la salud pública inspirada en enfoques integrales, implica por una parte el aprendizaje de conductas o empoderamiento de los individuos y las comunidades alrededor de los diferentes factores, que comprometen su calidad de vida sean estos ambientales, económicos, sociales y orgánicos, además del fortalecimiento de instancias y mecanismos de control social que contribuyan al bienestar colectivo.

Así, Olexa y Forman (1984), en su estudio llevado a cabo con jóvenes en desventaja urbana, determinaron la relación de entrenamiento en habilidades para solucionar problemas y el cambio conductual, participaron cuatro grupos de adolescentes que se integraron en: a) entrenamiento en solución de problemas (incluía los tópicos de pensamiento alternativo, pensamiento consecuencial y toma de decisiones), b) costo de respuestas, c) solución de problemas más costo de respuestas, d) grupo control. Los resultados arrojaron que el grupo de entrenamiento combinado obtuvo los mejores resultados. Por su parte Johnson y Johnson (1995 a; 1995 b) realizaron dos estudios en donde entrenaron a jóvenes en habilidades de solución de conflictos en la escuela y en la casa, para que subsecuentemente los sujetos aplicaran esas habilidades en la solución de conflictos en ambos espacios. Este entrenamiento redujo de manera significativa los problemas en la escuela y facilitó el aprovechamiento académico de los jóvenes. Los mismos resultados favorables, los obtuvieron Hammond (1991) y Hammond y Yung, 1993, al desarrollar el Positive Adolescents Choices Training (PACT) que es un paquete de entrenamiento en habilidades sociales, que utiliza videos para enseñar habilidades sociales, tales como estrategias de expresión y respuesta a la crítica, así como soluciones negociadas ante riñas, específicamente al trabajar con jóvenes que habían sido considerados como violentos.

Por su parte, el Interpersonal Cognitive Problem Solving (ICPS), es otro paquete de entrenamiento en donde se enseña a niños a identificar problemas, reconocer los sentimientos de otros, considerar las consecuencias ante soluciones alternativas, y se evalúan los cambios durante el curso de acción del entrenamiento; y cuyos resultados han sido favorables (Shure, 1992, 1996 a, 1996 b).

Otra técnica dentro de este campo es el denominado Modelo SOCS (situaciones, opciones, consecuencias y simulación), de manera general, este entrenamiento considera el estudio de situaciones problemáticas de la vida cotidiana, la generación y examinación de alternativas de solución, el análisis de las consecuencias de cada una de ellas, y el ensayo o simulación de los cursos que se habrán de seguir al realizar una o más alternativas (Kiffer, Lewis, Green y Phillips, 1974). Los investigadores argumentaban que la prevención de la delincuencia juvenil y las conductas que la acompañan, incluyendo el consumo de alcohol y otras drogas, parte de la respuesta ante situaciones conflictivas con figuras de autoridad, como son los padres, los policías, los maestros, etc. Estos investigadores realizaron un estudio con adolescentes delincuentes y sus padres, en donde entrenaron a las parejas; en una primera fase, padres e hijos fueron observados en su hogar con la finalidad de detectar tres de las situaciones conflictivas más difíciles entre ellos, después se les pidió que en una discusión trataran de llegar a una solución aceptable para ambos y al final se les daba un resumen general de la discusión. En la segunda fase cada pareja participó en tres momentos de entrenamiento: a) simulación, en donde tenían que resolver situaciones hipotéticas conflictivas e intentar solucionarlas, b) discusión y práctica siguiendo el procedimiento del Modelo SOCS. En la tercera fase se llevó a cabo otra observación en el hogar con la finalidad de evaluar la generalización del entrenamiento. Se concluyó que el entrenamiento fue exitoso, llegando a la negociación de soluciones que produjeron acuerdos en situaciones conflictivas, además estas conductas se generalizaron a situaciones de la vida cotidiana. Los resultados denotan que el cambio comportamental positivo en adolescentes puede prevenir posibles problemáticas, entre ellas optar por el consumo de alcohol u otra sustancia para enfrentar sus conflictos. Asimismo, evitar que los jóvenes sean expulsados definitivamente de la escuela, previniendo su posible inserción a grupos de referencia en donde las drogas, la delincuencia o el vandalismo se encuentren presentes en su contexto.

En el campo de las adicciones los investigadores también han encontrado que el involucramiento de los jóvenes en actividades prosociales está correlacionado negativamente con el uso de alcohol y sustancias tóxicas (Hawkins et al., 1992, 1997; Battistich y Hom, 1997; Newcomb y Felix-Ortiz, 1992; Maton, 1990; Kandel et al., 1986;) y correlacionadas positivamente con auto-concepto, aspiraciones educativas e involucramiento parental (Marsh, 1992). Así, tanto las actividades deportivas y manejo del tiempo libre en actividades prosociales y la pertenencia a redes sociales involucradas en acciones que proveen a los jóvenes de oportunidades en el campo del desarrollo social y habilidades prácticas, incluyendo la participación en actividades de la iglesia, organizaciones comunitarias, actividades escolares o recreativas los alejan del consumo y brindan gratificantes que compiten con el consumo (Arellanez, Diaz, Wagner y Pérez, 2004; Greenwood, Model, Rydell y Cheisa, 1998; Lipsey y Wilson, 1997; Grossman y Garry, 1997).

Los resultados de los hallazgos sugieren la factibilidad de brindar a niños y adolescentes en riesgo, la posibilidad de contar con las herramientas necesarias para desenvolverse

favorablemente en las áreas que mayor problemática les representen, incluyendo el consumo de alcohol u otras drogas, generando cambios en su vida. Además de buscar que los jóvenes incrementen su autoeficacia, sean proactivos y se muestren más competentes desde el punto de vista social, para solucionar problemas en la familia, escuela, compañeros o amigos, extraños, con el sexo opuesto y en general enfrentarse al ambiente en el que se desenvuelven, sin tener que hacer uso de sustancias. Al respecto, los hallazgos sugieren la importancia de considerar los factores medioambientales al desarrollar programas preventivos, lo que implica incluir tanto a los jóvenes, como a los padres u otros adultos con quien conviva y la escuela, con el fin de cuestionar las normas culturales que promueven las creencias relacionadas con el consumo. Además de brindar información sobre las consecuencias negativas del consumo y promover estilos de vida más saludables (Mora-Ríos, Natera y Juárez, 2005; Engler y Haveman, 2002, Hawkins y Catalano, 1997).

En este contexto los aspectos hasta el momento abordados nos conducen a la prevención e intervención en el campo de la conducta adictiva, siendo una de las metas más importantes de la prevención cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección, buscando que sean estos últimos los que predominen.

Los programas de prevención se enfocan en una intervención temprana en el desarrollo del niño o adolescente para fortalecer los factores de protección antes de que lleguen ha desarrollarse problemas de comportamiento o conductas de riesgo relacionadas con el consumo (Hawkins, Arthur y Catalano, 1997; Holland y Andre, 1987). De igual forma, los problemas asociados al uso, abuso y dependencia al consumo de sustancias, es una dimensión que debe considerarse y traducirse en aplicaciones prácticas, es decir a través de programas preventivos, reiterando que las acciones encaminadas a la reducción del consumo, tendrían efectos indirectos en la disminución de los problemas y la sintomatología de dependencia que presente el usuario (Villatoro, Medina-Mora, López, Juárez, Rivera y Fleiz, 1996).

Entre más factores de riesgo tenga un individuo, más probabilidad existirá de que presente problemas por el abuso de drogas. Por lo tanto, resulta fundamental que se implementen programas de prevención de alcohol y drogas en niños y adolescentes que logren erradicar tempranamente las consecuencias debidas al consumo (Bailey, Flewelling, y Rachal, 1992a; Castro, Maddahian, Newcomb y Bentler, 1987; Kandel et al. , 1986; McAlister, Krosnick, y Milburn, 1984; Newcomb y Félix-Ortiz, 1992).

México exige el desarrollo de programas más eficaces, centrados en factores específicos de riesgo y de protección. En este contexto es evidente considerar ambos tipos de factores para el abordaje de la prevención, no obstante resultaría ineficaz aislar los problemas asociados al consumo para lograr los objetivos que orienten hacia la prevención (Hawkins et al., 1992, 1997; Newcomb y Félix-Ortiz, 1992). De forma tal, que observando el problema dentro de una perspectiva integracionista, resulta relevante abordar aquellos problemas que acompañan a la conducta de consumo de sustancias, particularmente del alcohol a distintos niveles, sean estos emocionales, cognitivos, conductuales, sociales, familiares y/o somáticos (Medina-Mora y Borges; Cavazos y Del Río, 1989). En este sentido la naturaleza multifactorial y dinámica del problema presenta importantes vertientes por abordar, entre ellos los costos derivados del consumo.

### **c) Consecuencias y problemas asociados al consumo**

El carácter del alcohol como droga es innegable, puesto que produce los principales efectos que se consideran asociados a las drogas, siendo una sustancia psicoactiva, cuyo uso regular produce tolerancia y dependencia física y psicológica (Goode, 1993). Consumir alcohol en exceso de forma habitual contribuye a un deterioro de la calidad de vida del sujeto afectado, que se traduce en la aparición de dificultades en los diferentes planos de su vida. Un elemento a considerar son los problemas antes y después de iniciar el consumo, según la percepción del usuario los problemas aumentan una vez instaurado el consumo. De acuerdo con el SRID (2008) esta tendencia es particularmente notable en el ámbito familiar de 9.8% antes del consumo a 65% después del consumo, el psicológico de 2.5% a 29.5% respectivamente, el orgánico de 1.8% a 26.9% y académico de 2.5% a 24.4%. Asimismo y de acuerdo con la percepción de los usuarios, los problemas aumentan independientemente del tipo de sustancia utilizada y manifiestan que ninguna sustancia resuelve sus problemas.

En este sentido, el factor a considerar en primera instancia es el tipo de patrón de consumo característico de la población mexicana, siendo fundamentalmente episódico-explosivo a diferencia de países europeos, esto es que pocos individuos beben grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo (ENA, 2011). De acuerdo con estudios transculturales realizados en México y en EE.UU (Medina-Mora) en la población mexicana la dependencia al alcohol es de 8.2% y 15.1% en los Estados Unidos, asimismo el porcentaje promedio de alcohol en sangre es de 20.9%, entre los mexicanos a diferencia de Estados Unidos que es de 10.9% (en Ruiz, 2006). Estos datos indican que la dependencia es menor pero se consume más alcohol; aunado a ello, se presenta el aumento de las repercusiones sociales, tales como mayor frecuencia de ingresos a salas de emergencia por expresiones de delincuencia y violencia (homicidio, suicidio, riñas); así como pérdidas significativas en la productividad debido al ausentismo, los accidentes automovilísticos y laborales, mortalidad prematura debida a problemas de salud y necesidad de una mayor inversión en la procuración de justicia (Ocampo, Bojorquez y Cortés, 2009; Romero y Aguilera, 2002; Ayala y Echeverría 2001; Medina-Mora, 1999, Durant et al., 1999; Ellickson, Saner y McGuigan, 1997; DuKarm, Byrd, Auinger y Weitzman, 1996; Gunn y Taylor; 1995; Rosovsky, 1994).

Las bebidas alcohólicas son de dos tipos fermentadas (vino, cerveza, etc.) o destiladas (licores y combinados), estas últimas de mayor graduación, cuando se consume una cantidad excesiva se altera la conducta y el pensamiento, asimismo el alcohol es socialmente aceptado y esto hace más difícil el control de su consumo, sobre todo entre los adolescentes. El mayor o menor efecto de una bebida depende del tipo, cantidad, velocidad de ingestión, grados que alcohol que contenga, el consumo o no de alimentos, la combinación con otras sustancias, aunado al estado de salud y anímico o las expectativas de la persona para sus reacciones, siendo factores determinantes en el grado de intoxicación de cada persona (Echeburúa, 1996, 2001; Sánchez, 2001). Algunos síntomas que se presentan con la ingestión excesiva de alcohol son la falta de equilibrio, somnolencia, vómito, depresión, pérdida de reflejos, además de facilitar el consumo de otras drogas. En cuanto a los síntomas médicos pueden mencionarse las úlceras, de boca, infartos, alucinaciones y distintos tipos de cáncer como el de esófago, estómago, colón, pulmón, páncreas, hígado y próstata. Asimismo el consumo excesivo de alcohol causa dependencia física y psicológica, los sujetos comienzan a crear tolerancia y al no tener el mismo efecto se presenta el síndrome de abstinencia y llega a emplear más

tiempo en el consumo que en actividades de desarrollo social, aumentando aún más los problemas asociados al consumo (Instituto Mexiquense Contra las Adicciones, IMCA, 2009; Fergusson, Boden y Horwood, 2009; Benedetti, 2009).

De ahí que por las consecuencias que se desprenden, el alcohol es una de las sustancias a estudiar debido a su fácil acceso, legalidad en su consumo y las graves repercusiones en la salud pública, cuyo consumo se coloca en el quinto factor de riesgo más importante de muerte prematura e incapacidad, estimando que en México el abuso de alcohol, por sí solo representa el 9% del peso total de la enfermedad y los padecimientos asociados. Se ha identificado su relación con cinco de las diez principales causas de defunción, tales como enfermedades del corazón, accidentes, patología cerebrovascular, cirrosis hepática, lesiones en riña, así como homicidios, sugiriendo que uno de cada cuatro homicidios se relaciona con la ingestión de alcohol (SISVEA, 2007).

A nivel escolar las consecuencias son inmediatas después de un día de consumo excesivo, presentando dificultades claras para estudiar, cansancio, tristeza, así como, ausentismo, dificultades para estudiar, reprobación o deserción (OMS, 2008c., FISAC, 2009; Echeverría, 2006; Bravender y Knight, 1998; Grandes temas médicos, 1972; Carrasco, 1984; CANACINTRA, 1987).

Por otra parte la mayoría de las muertes en los últimos años han sido causadas por el alcohol a través de heridas, cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática. El aumento de muertes atribuibles al consumo de alcohol ha aumentado a nivel mundial, desde el año 2000, de forma que 1 de cada 25 muertes son directamente atribuibles, sugiriéndose que uno de los factores es el aumento del número de mujeres que consumen, asimismo se sugiere que particularmente en Europa las cifras muestran que una de cada diez muertes son directamente atribuibles al consumo de alcohol (Rehm, Mathers, Popova, Thavorncharoensap, Teerawattananon y Patra, 2009). En este orden de ideas, se calcula que en el año 2002 el uso nocivo de alcohol causó 2.3 millones de muertes prematuras en todo el mundo y 4.4% de la carga mundial de morbilidad, incluso después de tener en cuenta los efectos protectores de su consumo bajo o moderado, conllevando a la muerte prematura como consecuencia de afecciones de tipo hepático como la cirrosis, hemorragias internas, intoxicación alcohólica, hepatocarcinoma, accidentes o suicidio (OMS, 2008c.; Babor y cols. 2003; NIAAA, 2000).

A nivel nacional (López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y rojas, 1995) en la Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas en la Comunidad Escolar encontraron que los usuarios de drogas presentaron más pensamientos suicidas que aquellos que no las usan; por su parte el SISVEA, (2007) ha reportado que uno de cada tres suicidios se relaciona con la ingestión de alcohol; mientras que Shaffer (1988) encontró en su estudio que el 70% de los suicidios en jóvenes se asocian con las drogas.

Se ha sugerido que independientemente de los niveles, características y el contexto social que varían según la región, el país y la comunidad, sus consecuencias globales negativas para la salud persisten, sin omitir que el alcohol frecuentemente se encuentra relacionado con otras sustancias, aumentando o reduciendo aún más el grado de activación del organismo (Echeburúa, 2001). El abuso en el consumo de alcohol produce daños sociales, diversos costos económicos y la mayoría no se reflejan en las estadísticas sobre las enfermedades relacionadas con su consumo. Sin embargo las estimaciones revelan de forma parcial el impacto del abuso, uno de ellos es la relación

entre el uso y enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA o la tuberculosis. El abuso en el consumo de alcohol también contribuye a las disparidades sanitarias entre los países, la calidad de vida de sus habitantes, la pobreza y el aislamiento social. Al respecto en 1979, la Asamblea de la OMS dejó formalmente establecido que los problemas relacionados con el abuso del alcohol están entre los problemas de salud pública más importantes en el mundo (c.OMS, 2008).

Asimismo pese a que el alcohol afecta de manera similar a la mujer como al hombre, existen ciertos síntomas que son particulares de las mujeres; generalmente el cuerpo femenino es de menor estatura, tiene mayor concentración de grasa y 10% menos de agua que el hombre, esto significa que el alcohol permanece más concentrado y absorbido con mayor rapidez por los tejidos, de forma que la mujer experimenta de manera más rápida los efectos y con mayor duración (Bishop, 1994). En este sentido, de acuerdo con la ENA, 2011, pese a que las mujeres beben menos que los hombres, aquellas que lo hacen tienden a consumir cantidades mayores que éstos. Asimismo, la mujer enfrenta una doble vulnerabilidad: una de carácter biológico, ya que desarrolla problemas de salud con menores dosis y en un menor tiempo de consumo que el varón, y otra de naturaleza social, al ser objeto de un mayor rechazo de la sociedad cuando presenta problemas con su manera de beber.

Asimismo, parte fundamental de las consecuencias producidas por el consumo de alcohol en la salud, son las dificultades en el embarazo, anomalías faciales en los bebés, el Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF), y Efectos de Alcohol Fetal (EAF), producidos por el consumo de alcohol durante el embarazo, de forma que una de las sustancias químicas más comunes que logran penetrar la placenta es el alcohol, actuando como un teratógeno causante de deficiencia mental y malformaciones (Coles, 1994, NIDA, 1995). El SAF es reconocido como la principal causa de retrasos mentales en el mundo de occidente y existen periodos críticos donde los fetos están más susceptibles a la exposición del alcohol, en especial el primer trimestre de gestación (Simpson y Miller, 2002; Burguess y Streissguth, 1992).

Por otra parte, considerando que el consumo de alcohol entre la población ha aumentado en los últimos diez años a la par de los problemas asociados, entre ellos los que impactan en la economía familiar sumándose a los ocasionados por la violencia, disminución de la productividad y la calidad de vida individual, familiar y social. Las encuestas demuestran que el consumo de bebidas alcohólicas ocurre con más frecuencia en las etapas productivas de la vida; la mayor parte de los bebedores fuertes y de los dependientes están integrados a la fuerza de trabajo, no obstante un porcentaje considerable de los problemas son ocasionados por personas que bebieron en exceso o en circunstancias de riesgo, incluyendo el ámbito laboral.

Aunado a ello, una de las consecuencias que se adiciona al consumo de alcohol, es que sus efectos negativos no sólo recaen en el usuario, sino también en los grupos que los rodean, principalmente la familia, en términos de consecuencias adversas tanto en la salud física y psicológica, como en la vida social (Natera, 2007; Zilberman y Blume, 2005; Ritter, Stewart, Bernet, Coe y Brown, 2002; Miller, Wilsnack y Cunradi, 2000; Bhatt, 1998). Por lo que se refiere al individuo, los problemas relacionados con el consumo de alcohol implican aislamiento social, pérdida de oportunidades educativas y laborales,

dependencia económica y estados depresivos o ansiosos, con las consecuentes repercusiones en los ámbitos familiar y comunitario.

También los efectos del alcohol son diferentes para los niños y jóvenes, provocando más daños severos a edades cada vez más tempranas, pues están en proceso de crecimiento y desarrollo y sus órganos (cerebro, hígado, páncreas) son muy vulnerables al efecto del alcohol. Aunado a ello, el abuso de alcohol está asociado con los principales riesgos en los adolescentes, como tener relaciones sexuales de alto riesgo bajo los efectos del alcohol, intento de y consumación del suicidio, conducir después de haber bebido, subir al auto de un conductor que ha bebido y ser más susceptibles de ser víctimas de muerte por accidentes que la población adulta (SISVEA, 2007; García, 2006; Duncan, Strycker y Duncan, 1999; Oeltmann, Waller y Hussey, 1999; Fortenberry, 1997; Orr, Beiter y Ingersoll, 1991; Ketterlinus, Henderson y Lamb, 1990).

Otros de los problemas asociados al consumo están centrados en las causas más comunes de defunciones bajo intoxicación, siendo los de mayor frecuencia los accidentes de tránsito (19.8%), asfixia (16.2%), y atropellamientos (12.3%). Asimismo los lugares donde han ocurrido las defunciones con mayor incidencia son la casa (35.2%) y la calle (31.2%). Los servicios de urgencias hospitalarias han identificado que la mayor parte de los que se encontraban bajo el efecto del alcohol ingresaron por contusiones, fracturas, caídas, o accidentes automovilísticos. En cambio, quienes ingresaron bajo efecto de cocaína, tranquilizantes u otras drogas médicas, la mayoría requirió atención por envenenamiento o intoxicación (Echeverría, 2006; SISVEA, 2007). Además de las enfermedades crónicas que pueden contraer quienes beben grandes cantidades de alcohol a lo largo de varios años, el consumo de alcohol también se asocia a un aumento del riesgo de padecer afecciones agudas, tales como las lesiones y defunciones principalmente en la población juvenil, particularmente provocadas por accidentes vehiculares y peatonales (Fernández, 2007; Sweedler, 1995; Kopits y Cropper, 2003; McLean y Kloeden, 2003; Compton, 2003; Zador, 1991; Keall, Frith, y Patterson, 2004; Davis, 2003; Mock, Asiamah y Amegashie, 2001; Casanova, Borges, Mondragón, Medina-Mora y Cherpitel, 2001). La evidencia muestra que más de 1,2 millones de personas mueren cada año en todo el mundo en accidentes de tráfico (OMS, 2008; NIDA, 2008), asimismo durante el período del año 2003 a Junio de 2009 el programa de prevención y control de ingestión de alcohol en conductores de vehículos en el Distrito Federal, a través de la prueba de alcoholemia midiendo la cantidad de alcohol en el aire espirado, durante las jornadas nocturnas ha infraccionado a 36, 893 conductores de vehículos particulares siendo la cifra mayor de 8491, correspondiente de Enero a Junio de 2009 (SSP-DF, 2009); aunado a esto se encuentra la elevación de las tasas de suicidios que suelen ser producto de la toxicidad, observándose la mayor incidencia en periodos de intoxicación aguda, los efectos desinhibitorios del alcohol, la pérdida social, la sintomatología depresiva, entre otros (c.OMS, 2008, Alcántar, 2002; DuRant, Smith, Kreiter y Krowchuk, 1999; Lester, 1999; Windle y Windle, 1997; Woods, Lin, Middleman, Beckford, Chase y DuRant, 1997; Burge, Felts, Chenier y Parrillo, 1995; Jaffe y Ciraulo, 1986 y Guardia, 1994).

Asimismo, es posible conocer el impacto producido por el consumo de alcohol en la salud de las personas, que en México incide en alrededor de 10'000,000 de personas potencialmente en riesgo de convertirse en dependientes, presentando pérdida del autocontrol, dependencia física y síndrome de abstinencia. Los problemas se asocian principalmente con la condición de abuso en el consumo que con dependencia; de forma

que las repercusiones sociales tienen mayor incidencia en aquellos que consumen con frecuencia elevadas cantidades. Al respecto, la evidencia sugiere que en las salas de urgencias médicas, el primer lugar lo ocupan los problemas de salud asociados al consumo de alcohol, tales como problemas de presión arterial, trastornos cardíacos y enfermedades hepáticas (FISAC, 2009; NIDA, 2009; OPS, 2009; SISVEA, 2007; IMSS, 2007). De acuerdo con información proveniente de estudios en población general en 1998, los problemas derivados del consumo de una o más sustancias, mayormente reportados en hombres y mujeres, fueron los psicológicos; en las mujeres ocuparon el segundo lugar los problemas físicos derivados del consumo de sustancias o de su suspensión laboral y en los varones, las dificultades sociales fueron las más frecuentes. Asimismo en las mujeres los problemas físicos más frecuentes fueron los daños a la salud y en los varones, la dificultad de control (Observatorio epidemiológico en drogas, 2001).

La evidencia denota que el problema de las adicciones contribuye en gran medida a las enfermedades hepáticas, debido a que el consumo de drogas intravenosas es una fuente de contagio de los virus de la hepatitis C y particularmente el consumo excesivo de alcohol representa la tercera causa de muerte en varones por daño hepático (Dirección General de Comunicación Social, Secretaría de Salud, 2009).

En cuanto a las dificultades de tipo emocional en las mujeres, se han registrado los de tipo depresivo, en tanto que para los varones han sido más comunes los relacionados con tristeza y ansiedad, además de sugerir más problemas de irritabilidad y desconfianza. Las dificultades sociales en hombres y mujeres son principalmente de índole interpersonal, en particular, discusiones con amigos y familiares; los varones han reportado, en mayor medida haber sido arrestados o padecer problemas económicos derivados del uso de sustancias, mientras que en las mujeres se incrementa el riesgo de violencia física o de otro tipo por parte de la pareja si esta presente el abuso en el consumo de alcohol (SISVEA, CIJ, 2007; Ziberman y Blume, 2005; Engler y Haveman, 2002; Stuart y Quirk, 2001; Grunbaum, Basen-Engquist y Pandey, 1998). En este sentido la asociación entre la violencia doméstica y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas es frecuente; 29% de las mujeres adultas que habita en las zonas urbanas del país, y que tienen o han tenido pareja, han sufrido violencia física por parte de ésta, relacionada con el consumo de alcohol en 60% de los casos. Asimismo la encuesta en hogares llevada a cabo en la ciudad de Pachuca, demostró que el consumo de alcohol se relacionó con una mayor intensidad de la violencia, con índices de 8% en el caso de violencia verbal, entre 23 y 26% en cuanto a las agresiones físicas y 52% en el caso de violencia que implicó prácticas sexuales forzadas y por ende embarazos no deseados (Mariño, Medina-Mora, M.E., Mondragón y Díaz).

Una vez que la persona inicia y continua con el consumo de alcohol, puede llegar a transitar por diferentes etapas respecto a los múltiples efectos sobre el organismo, que aumentan dependiendo del patrón de consumo del usuario, así como la tolerancia y la dependencia tanto física como psicológica que manifieste. A escala bioquímica el alcohol tiene efectos anestésicos, ansiolíticos y gratificantes, asimismo a dosis bajas por el efecto ansiolítico y antiestrés el etanol actúa como refuerzo por condicionamiento operante (Casas, Prat y Guardia, 1994; Grau, 1991).

A nivel neurofisiológico el alcohol disminuye o bloquea la capacidad de las células para responder y propagar impulsos nerviosos, en concentraciones típicas de intoxicación

inhibe la liberación de acetilcolina en la sinapsis, provocando la depresión del sistema nervioso caracterizada por el marcado cambio en el comportamiento del usuario, manifestando primero la alteración progresiva de su capacidad intelectual, motora y emocional que lleva al individuo por etapas desde la relajación leve, sedación ligera, hasta el cuadro complejo del estupor o coma alcohólico.

El alcohol afecta en forma mucho más profunda al sistema nervioso central que a cualquier otro sistema del organismo. Estudios electrofisiológicos sugieren que el alcohol al igual que otros anestésicos generales ejerce su primera acción depresora sobre la parte más primitiva del cerebro, tal es el caso de la Formación Reticular Activadora Ascendente, responsable de una gran parte de actividad de integración de las varias partes del sistema nervioso. El etanol al deprimir este sistema libra a la corteza de sus controles de integración, dando como resultado que procesos relacionados con el pensamiento ocurran en forma confusa, desorganizada y el funcionamiento normal y coordinado de los procesos neuromotores, resulte afectado o interrumpido. Siendo un depresor primario y continuo del SNC, la aparente estimulación resultante de la desorganizada y abrupta actividad cerebral se debe a que han sido libradas de inhibiciones como resultado de la depresión de los mecanismos de control.

Además de los síntomas de la acción depresora, se pueden presentar diversos cambios en el comportamiento, determinados por factores de carácter psicológico, cultural, genético, fisiológico o patológico (Ibáñez, 2008). Asimismo algunos usuarios presentan tolerancia invertida en los cuales pequeñas cantidades de alcohol provocan la aparición súbita y violenta de una serie de síntomas denominados ebriedad patológica, apareciendo la súbita excitación ante la ingestión de cantidades de alcohol muy pequeñas provocando reacciones de gran violencia, alucinación, angustia, fobias, un estado crepuscular o de abolición total de la conciencia que termina en un sueño profundo con la incapacidad de recordar lo ocurrido durante el episodio (Centro de Estudios en Alcoholismo y Adicciones, 2008).

Los primeros procesos mentales que resultan afectados, son aquellos que dependen del entrenamiento y la experiencia previa, siendo precisamente los que controlan el estado de sobriedad y auto control. Los grados más finos de discriminación, memoria, atención y concentración se afectan o pierden, aumenta la sensación de mayor libertad y confianza en si mismo, afectándose la capacidad de juicio y mostrando dificultad para valorar las situaciones. Se facilita la conversación haciéndose el lenguaje farfullante, poco claro, con errores de pronunciación, en los primeros tragos puede parecer elocuente, y en ocasiones brillante. Asimismo aparece inestabilidad emocional, de forma que las variaciones del estado de ánimo se vuelven incontrolables y frecuentemente hay explosiones emocionales; estos cambios psicológicos son acompañados por alteraciones motoras y sensoriales, en el caso de los reflejos espinales que al principio resultan aumentados al ser librados de la inhibición central. Sin embargo, conforme la intoxicación avanza, esta primera fase desaparece y es sustituida por la disminución general de la capacidad funcional del sistema nervioso que lleva al estado de anestesia general.

La sintomatología de la intoxicación alcohólica, con relación al contenido de alcohol en sangre, ha sido estudiada y descrita (Calabreze y Astolfi), el primer período de intoxicación alcohólica o también llamado *embriaguez ligera o también denominada fase *oculta**, aparece con concentraciones de alcohol en la sangre que van de 50 a 15

miligramos por cada 100 cc de sangre. En esta primera etapa el usuario denota que la bebida le provoca una sedación que le permite sobrellevar tensiones superiores a su capacidad de autocontrol, además de la disminución de su angustia y facilita la socialización. En esta etapa las alteraciones psíquicas se caracterizan por excitación, mayor comunicación, extroversión, disminución del temor e inhibiciones, se vuelve más sugestionable, encuentra difícil concentrar su atención, se repiten y se notan emociones aumentadas y poco estables, notándose cambios drásticos en su estado de ánimo transitando de la alegría al llanto o a la agresión. Desde el punto de vista sensorial, disminuye la sensibilidad al dolor y alargamiento de la respuesta a los estímulos sensoriales. Los trastornos neurológicos provocan alteración ligera de la palabra, aparece temblor fino en los dedos de las manos y la incoordinación neuromuscular puede apreciarse por alteraciones de la marcha y lentitud de reflejos. La capacidad visual auditiva disminuye, aparecen trastornos generales diversos como vaso-dilatación conjuntival y de la cara, mareos, cefaleas, náuseas y en muchos casos vómitos.

Conforme aumenta el alcohol en sangre de 150 a 300 miligramos por cada 100 cc de sangre, el usuario llega al estado de *embriaguez completa o fase prodrómica*, donde además de exagerarse los efectos producidos en la embriaguez ligera, aparecen otros elementos fundamentales, siendo de gran importancia los trastornos de la conciencia donde el individuo se convierte en un autómatas. De acuerdo con Jellinek, el inicio de esta segunda etapa se caracteriza por las lagunas de la memoria que aparecen ante la ingestión de cantidad de alcohol no mayores a las habituales. La exageración de la incoordinación neuromuscular, hace que el individuo no tenga la adecuada coordinación motora y sufra caídas o accidentes frecuentes, asimismo la palabra se vuelve confusa caracterizada por la llamada lengua pastosa o lenguaje escondido; hay grandes dificultades para la visión, en muchos casos aparece visión doble, la expresión facial toma un característico aspecto bultoso, la pupila se reduce de diámetro, el usuario se muestra apático, poco comunicativo y tiende a dormirse donde se encuentre.

Desde el punto de vista médico-legal, una persona en estas condiciones es inimputable por algún delito cometido. En esta fase en la cual todavía no ha aparecido la compulsión alcohólica, existe todavía muy buenas posibilidades de tener autocontrol en el consumo por medio de un tratamiento adecuado (Carballo, 2007). Asimismo en esta etapa la urgencia por el consumo de bebidas alcohólicas, se torna imperiosa, el usuario bebe con más frecuencia y mayores cantidades, provoca conflictos familiares y sociales graves, con la aparición de neurosis de persecución, desintegración de su imagen, complejos de culpa y la búsqueda del auto-castigo (Cabero, 2001).

Si la cantidad de alcohol en sangre aumenta, el usuario entra progresivamente en coma y si no recibe tratamiento médico adecuado se puede producir la muerte por paro respiratorio. En estas condiciones la muerte del usuario puede también sobrevenir por asfixia, por aspiración de contenido gástrico, debido a que los reflejos de la tos se encuentran muy disminuidos o suprimidos. Asimismo puede producirse un coma hepático agudo, resultado de la insuficiencia hepática ocasionada por el consumo, mostrando alteración de los mecanismos de coagulación de la sangre, siendo la muerte o las lesiones cerebrales irreversibles, trayendo como consecuencia hemorragias provocadas por un trauma externo mínimo. En los climas fríos, la muerte se puede producir por exposición a un tiempo inclemente, la vaso dilatación cutánea provocada por el alcohol impide la concentración del calor corporal. La rápida absorción de alcohol por las vías digestivas y su aparición en altas concentraciones en el sistema nervioso central, corto

tiempo después de la ingestión de una dosis alcohólica provoca en muchos casos la muerte por intoxicación sobreaaguda, la misma cantidad de alcohol que una persona puede consumir en 3 ó 4 horas de ingestión obteniendo un estado de embriaguez que puede provocar un paro respiratorio si se consume esta cantidad de alcohol en forma concentrada en un solo acto.

En esta denominada etapa básica pueden aparecer períodos de abstinencia de mayor o menor duración, sin embargo con sólo ingerir una pequeña cantidad de alcohol para que aparezca en toda su intensidad la compulsión a beber en forma continúa. La ingestión de 60 mm de alcohol de 95 %, disminuye la sensibilidad al dolor entre un 35% y 40 %, al igual que la morfina también produce euforia, cambiando en esta forma la reacción y su percepción subjetiva del dolor disminuye aún más. En esta fase los usuarios tienen la firme creencia respecto a que su desenvolvimiento general siempre mejora con el alcohol, no obstante la evidencia empírica indica lo contrario, sugiriendo que la capacidad intelectual y motora resulta disminuida apreciablemente.

En la fase terminal llamada crónica que se caracteriza por la necesidad de beber constantemente, el usuario es incapaz de actuar sin consumo de alcohol. Las manifestaciones orgánicas y psíquicas del alcoholismo se presentan aquí en toda su extensión. Se presentan alteraciones de la memoria, problemas cerebrovasculares, pulmonares, pancreáticos, en sangre, cutáneos, gastrointestinales, impotencia sexual, infertilidad, gastritis crónica y a menudo la aparición de úlceras dificultan la alimentación normal, el estómago del usuario no resiste los alimentos, por lo que no puede satisfacer el apetito, el alcohol se convierte así en el principal calmante y primordial alimento de la persona perdiendo aún más la salud y calidad de vida, afectando el hígado ocasionándole cirrosis hepática. En el sistema nervioso la carencia constante de vitaminas del grupo B, lleva a la aparición de neuritis de tipo mixto, sensitivo-motor, denominado polineuritis alcohólica. Desde el punto de vista sensitivo, aparecen parestesias, hormigueos y dolores difusos que se combinan con estados de agitación. Dichos estados dificultan la alimentación y el sueño, la polineuritis de tipo motor, provoca disminución del tono y debilidad muscular, atrofas y parálisis, sobre todo de las extremidades inferiores, estados que se agravan con la ingestión de bebidas alcohólicas (Alcántara, Reyes y Cruz, 2003; Echeburúa, 1990).

Desde el punto de vista psíquico en la mayoría de los usuarios aparecen diversas alteraciones, siendo de las más importantes, el llamado síndrome o psicosis polineurítica de Korsakoff, la cual se caracteriza por la amnesia, confusión mental, confabulación y neuropatía periférico con alucinaciones auditivas en algunos casos. Aparecen ideas patológicas, alucinaciones y una decadencia total de la personalidad, al ser afectadas todas las funciones psíquicas como la inteligencia, la efectividad y la voluntad (Casas, 1994).

Asimismo, las consecuencias de los excesos alcohólicos continuos o de la súbita abstinencia y en ocasiones como resultado de otras enfermedades o por traumatismos, la persona puede presentar delirium tremens, caracterizado por temblor y excitación intensa, acompañada de ansiedad, obnubilación de la conciencia, alucinaciones, sobre todo de carácter terrorífico, sudor y dolor precordial. Uno de los síntomas más importantes de este cuadro son el insomnio, la inquietud y pesadillas que anteceden y avanzan hasta establecerse el cuadro de excitación psicomotriz con el característico temblor, delirio e insomnio. Las alucinaciones visuales, sobre todo las de tipo terrorífico,

pueden provocar huidas y tentativas suicidas u homicidas; se encuentra desnutrido y febril, con edema cerebral y aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo, que sin un adecuado tratamiento médico puede llegar a producir la muerte (Ezzati et al, 2002; Becoña, 1998; Echeburúa, Secades, 1996; Santo-Domingo, 1990).

En este punto y considerando la serie de afecciones producidas por el abuso en el consumo de alcohol, resulta fundamental contar con tratamientos idóneos, mismos que deben ser de atención específica, considerar el abordaje terapéutico y cuyo tratamiento ocupe un lugar prioritario en la vida de un usuario. Anteriormente una gran cantidad de recursos institucionales brindaban atención a un pequeño sector de la población que presentaba dependencia severa por consumo de alcohol, y se descuido a un gran número de personas quienes sin ser altamente dependientes, exhiben periodos de consumo moderado y abstinencia, y otros de consumo episódico explosivo y problemático, que son aquellos usuarios que se involucran en graves repercusiones sociales (Ayala, Echeverría, L. Sobelly M. Sobell, 2001; Klingerman y Gmel 2001; Ayala y Gutiérrez, 1993; Médina-Mora, et al 1999; Healthier, 1995). Luego entonces, incidir tanto en la prevención del consumo y el tratamiento, son áreas técnicas, donde se debe tener en cuenta cada vez más la investigación avanzada y profesionales debidamente capacitados para ejecutar los proyectos prioritarios, resultando primordial conocer la forma de intervenir para incidir en la persona que consume sustancias, para este caso en particular alcohol.

#### **d) Tratamiento dirigido al consumo de alcohol**

Los estudios realizados en diferentes ciudades del país muestran que uno de cada cinco ingresos a salas de urgencia por eventos traumáticos presenta alcohol en sangre, y que menos de uno de cada diez corresponde a personas dependientes del alcohol; es decir, que los restantes podrían ser incluidos en programas especiales de educación y reaprendizaje social. Estos mismos estudios muestran que aproximadamente 20% de dichos ingresos corresponden a individuos que han estado bebiendo en un establecimiento en donde se expenden bebidas alcohólicas, situación que ofrece la posibilidad de intervenir en los lugares en donde se origina el consumo (ENA, 2011). Cabe señalar que las intervenciones en el lugar de trabajo muestran un elevado nivel de efectividad en la modificación de las prácticas de consumo y en la reducción de problemas asociados con el abuso (Carreño, 2006). Asimismo los estudios efectuados en poblaciones que acuden a Centros especializados sugieren que ocho de cada diez usuarios han recibido tratamientos previos, lo que resalta la importancia de proponer opciones terapéuticas diferentes y más efectivas, aunado a ello los estudios indican también que la inclusión de la familia en el proceso terapéutico potencia los efectos de éste.

A pesar del grave problema de salud pública que representa el abuso en el consumo de alcohol en México los estudios señalan que sólo una de cada tres personas que presenta dependencia del alcohol opta por solicitar ayuda para tratar de solucionar su problema (Echeverría y cols., 2007). Otras investigaciones han documentado la forma en que las familias mexicanas tienden a ocultar el problema por un tiempo significativamente mayor que en otros países, con un costo elevado para la salud y el bienestar tanto del usuario como de su familia. La información de los grupos de ayuda mutua reportada por el SISVEA, 2009; proporcionada por 63 centros de Alcohólicos Anónimos (AA), que incluyó

a 1,729 personas, la mayoría de ellos varones (93.3%) mostró que 25% acudió por decisión personal, mientras que 63.8% fue llevado por amigos o familiares. El 93.8% de la muestra reunía los criterios de dependencia del alcohol habiéndose iniciado en el consumo a edades tempranas, entre los 15 y 19 años en el 43% de los encuestados. Entre éstos, las bebidas de preferencia fueron los destilados (42.8%) y el alcohol de 96° (29.3%). El género juega un papel importante en el uso de servicios de tratamiento. Así, las mujeres con problemas relacionados con el consumo de alcohol, a diferencia de los hombres, prefieren acudir a las unidades de medicina familiar o a dispensarios localizados en su comunidad, mientras que los varones asisten más frecuentemente a grupos de autoayuda.

Al respecto Cordova, (2008) sugiere que en el país 465 mil personas requieren atención especializada; cuatro millones necesitan intervenciones breves y 80% de la población requiere de algún tipo de prevención universal para drogas, siendo la población entre 12 y 25 años el blanco fácil de los narcomenudistas, debido a que la droga que consumen es comercializada a las afueras de las instituciones educativas (Milenio, 2008).

De forma tal que los modelos de tratamiento predominantes en el país, han surgido de la concepción de los problemas de alcohol, siendo en el pasado uno de los primeros acercamientos teóricos a las conductas adictivas el Modelo Médico de enfermedad, que enfatizaba la importancia de los parámetros biológicos de las adicciones, haciendo hincapié en los efectos farmacológicos de las sustancias. Esto implicaba que la persona era adicta y no tenía control voluntario sobre su consumo, ya que dicha conducta estaba determinada por factores fisiológicos internos como compulsiones, impulsos o deseos irresistibles a consumir (Marlatt, 1985). Esta perspectiva continua ha influido en la política y normatividad de prevención en el país, así como en la conceptualización que continúa albergando parte de la población mexicana, considerando los problemas por el consumo de alcohol como falta de voluntad, de moral y/o de capacidad de participación activa del individuo en el proceso, etiquetándolo como enfermo, alcohólico, vicioso, víctima, culpable y que nunca va a cambiar, entre otras concepciones (Ayala, 1992).

No obstante, estos problemas antecedentes han sido resueltos con técnicas de intervención científica, debido a que las técnicas de corte cognitivo conductual aplicadas a las adicciones, tienen su origen en estudios realizados en el encuadre de la teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1986) y cuyos principios han aportado soporte teórico y empírico a la validez de estas técnicas. De forma que una alternativa al modelo de enfermedad ha sido la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, que explica la conducta humana como un fenómeno de aprendizaje basándose en las leyes del condicionamiento clásico, operante y vicario. Este modelo y los derivados del mismo, enfatizan la capacidad de autocontrol y/o autorregulación que el sujeto tiene sobre su conducta, derivándose tratamientos que implican el entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

El tratamiento del consumo de alcohol tiene un importante componente psicosocial, del cual los tratamientos psicológicos constituyen el núcleo esencial. El abordaje psicológico toma en consideración en primer término la motivación del usuario (Di Clemente, Bellino y Nevins, 1999), y en esta línea se revisan abordajes motivacionales estructurados como las intervenciones motivacionales breves (Spivak, Sánchez-Craig y Davila, 1994), las entrevistas motivacionales (Miller y Rollnick, 1991) y las terapias de mejora motivacional (Project Match Research Group, 1997; Miller, Benefield y Tonigan, 1993). Desde los modelos cognitivo-conductuales también se han desarrollado tratamientos centrados en

la mejora de las habilidades de afrontamiento (Longabaugh y Morgenstern, 1999), en el entrenamiento de habilidades sociales o de comunicación (Monti y Rohsenow, 1999) y en la prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985). Asimismo, desde los modelos de condicionamiento clásicos, también se han diseñado intervenciones basadas en la exposición a estímulos (Niaura, Rosenhow, Binkoff, Monti, Abrams y Pedraza, 1988). La terapia de grupo aparece como uno de los tratamientos de elección (Monras y Gual, 2000), existiendo modelos de intervención profesionalizados, que van más allá de los grupos de autoayuda. Finalmente, la literatura hace un especial hincapié en la importancia de la familia y la pareja (Rotunda y O'Farrell, 1997; O'Farrell, 1997) en el tratamiento del consumo de alcohol y otros abordajes presentan el Modelo de Reforzamiento Comunitario (MRC) como un acercamiento integrador (Meyers y Miller, 1999).

En este orden de ideas el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993; Prochaska y Di-Clemente, 1982; Prochaska, DiClemente, 1983) describe y delimita variables y elementos que los sujetos ponen en práctica de forma intencional en el proceso de cambio de una conducta adictiva, proponiendo tres dimensiones, la primera de ellas son los *estadios* que hacen referencia a diferentes etapas motivacionales, la segunda dimensión son los *procesos*, es decir aquellas conductas observables o no que los sujetos realizan encaminadas a modificar su conducta de consumo y la tercera dimensión son los *niveles*, es decir los cambios necesarios que se tienen que producir para abandonar una conducta adictiva. Cabe señalar que los autores al hablar de procesos se refieren a las diferentes estrategias de afrontamiento que tienen que poner en práctica los sujetos en los diferentes estadios de cambio. De acuerdo con Marina (2001), la motivación es un elemento esencial en la organización de la atención de los usuarios de sustancias adictivas, de forma que las personas llegan al tratamiento en momentos distintos con relación a la capacidad y deseo de cambio, lo que implica actitudes y actuaciones diferentes. Es decir, no todos los usuarios que llegan a tratamiento han tomado la decisión de actuar para abstenerse del uso de drogas. Seguramente a todos les gustaría romper la relación problemática con la sustancia, pero con distinta disposición al esfuerzo necesario. Al respecto (Sánchez, Gradoli y Morales, 2004) mencionan que disponer de un modelo de intervención que permita evaluar las necesidades de los usuarios y de su proceso real de cambio, poder decidir qué tipo de técnicas y procedimientos psicoterapéuticos pueden utilizarse en cada caso particular y optar por las líneas de actuación más adecuadas, integrando las distintas intervenciones y técnicas psicoterapéuticas que pueden ser útiles en el tratamiento de las personas con problemas por consumo de drogas, tales como psicoeducación, motivación, concienciación, manejo del craving, prevención de recaídas y otras técnicas cognitivas y conductuales.

Por otra parte los hallazgos sugieren que aún estando lejos de contar con modelos de comprensión y tratamiento de las adicciones que se sustenten en el funcionamiento cerebral. Por su parte (Lorea, Tirapu, Landa y López-Goñi, 2005) proponen un modelo integrador entre psicología clínica y neuropsicología con el fin de anclar las intervenciones clínicas en enfoques que acerquen al discurso de la neurociencia, no obstante es un trabajo especulativo. En concreto, se revisan tres modelos de intervención de amplia utilización en adicciones como son la entrevista motivacional, la prevención de recaídas y el trabajo con redes sociales. Posteriormente, se relacionan estos enfoques con su posible efecto en el funcionamiento cerebral, basándose en el modelo jerárquico de Stuss y Benson y en el modelo de circuitos cerebrales propuesto por Volkow, Fowler y

Wang. Así cada intervención tendría como objetivo eliminar diversas funciones cerebrales que se ven modificadas durante el proceso adictivo. Las intervenciones propias de la entrevista motivacional mejorarían el funcionamiento del nivel superior de procesamiento cerebral, aumentando la conciencia del problema. Estrategias del trabajo con redes sociales como la detección de situaciones de riesgo o la evitación de estímulos condicionados incidirían en los niveles de procesamiento básico y de control de activación de acciones. Se sugiere que las técnicas propias de la prevención de recaídas como la exposición con prevención de respuesta, influirían en el funcionamiento de los niveles de autocontrol y de funciones básicas. Además, se propone que estos enfoques de tratamiento también modificarían los circuitos de recompensa, motivación, memoria y control cognitivo. En definitiva, la finalidad es someter al sujeto una serie de experiencias para que las relaciones cerebro-mente se orienten en una dirección más adaptativa. En este sentido los autores tratan de comprender el efecto de la psicoterapia de las adicciones sobre los procesos mentales y sus correlatos en el funcionamiento cerebral.

Sin embargo, al analizar este tipo de abordajes o propuestas terapéuticas, aún continúa siendo particularmente importante la prevención y contar con intervenciones eficaces para la población mexicana, de acuerdo a las necesidades del usuario, sustancia y patrón de consumo. Si no hay consumo se emplea la intervención universal, debido a que consideran a la población en general, están direccionadas a jóvenes que no han sido identificados como de riesgo o con propensión a presentar problemas con su consumo. De manera general el objetivo que se persigue con la intervención universal es evitar o retrasar el inicio del consumo de alcohol. Se puede brindar la intervención a través de pláticas informativas o entrenamiento en habilidades de rechazo a la bebida y las ventajas básicas de la intervención universal es su bajo costo y espacio accesibles como las escuelas, lo que hace que tengan impacto este tipo de intervenciones.

Si el consumo es leve, se trata de una intervención selectiva dirigida a trabajar con grupos de riesgo o subgrupos de población, por ejemplo a hijos de personas que abusan de alcohol o jóvenes con amigos consumidores o que se desarrollan en ambientes de riesgo (Díaz y Ferri, 2002; Catalano, Haggerty, Gainey y Hoppe, 1997). El objetivo primordial es incidir en la disminución de factores de riesgo, así como aumentar y fortalecer factores de protección. A manera de ejemplo el entrenamiento en habilidades sociales, uso del tiempo libre y autoeficacia. Las ventajas fundamentales de este tipo de intervenciones son que se realizan dentro de las instituciones educativas y pueden ser evaluadas de forma directa.

Por otra parte, si el consumo es excesivo se emplea una intervención indicada, estas han sido diseñadas para personas que ya presentan diversas formas de consumo de riesgo o que están consumiendo alcohol en exceso. Su objetivo es detener el progreso del consumo o reducir el daño que el consumo trae consigo. Las ventajas fundamentales es que pueden ser evaluadas y aplicadas en espacios específicos, como en centros de atención y escuelas en donde hay población cautiva resultando factible observar durante cierto periodo los posibles cambios específicos que en este caso es el consumo de alcohol excesivo o el consumo de riesgo.

Se ha sugerido que para el caso particular del alcohol, el 18.1% de la población requieren de intervención breve (ENEP, 2002; ENA, 2002), asimismo las intervenciones breves en consumidores ocasionales son eficaces (CICAD, 2006).

De acuerdo con Díaz (2006), al identificar el patrón de consumo de alcohol, la clasificación puede realizarse en las siguientes categorías:

- *Sin consumo*; es decir abstemios, personas que no reportaron ningún consumo de alcohol en el último año.
- *Consumo moderado.*, que consumen dentro de los límites considerados como seguros para la población mexicana.
- *Consumo peligroso*; gente que está bebiendo alcohol de manera ocasional, repetida o persistente y que se expone a sufrir algún tipo de daño futuro en su salud.
- *Consumo dañino*, considerado en el grupo de consumo excesivo como peligroso, es aquél en que daño ya se ha hecho presente, pero aún no se identifican los criterios de dependencia del alcohol.
- *Dependencia al alcohol*; aquellos que manifiestan el síndrome de dependencia; se incluyen en este rubro a los bebedores que presentan dependencia leve, moderada, media o severa.

Por otra parte, al considerar las Intervenciones indicadas se alude a la Detección temprana y las Intervenciones breves. La detección temprana es la Identificación de las personas que por su consumo de drogas o su forma de consumo de alcohol pueden poner en riesgo su salud, así como para aquellas personas que ya están experimentando problemas relacionados con su forma de consumo. Se lleva a cabo por medio de pláticas informativas o de sensibilización dirigidas a profesores, alumnos, padres de familia y profesionales de la salud, a fin de facilitar la identificación de conductas de riesgo, se pueden emplear carteles y trípticos informativos, así como pruebas de tamizaje. De forma que al hacer la identificación de las personas en riesgo se pretende brindarles la invitación de iniciar un tratamiento temprano y puedan reducir o erradicar el riesgo de presentar problemas con su consumo (Echeverría, 2006; Díaz, 2006).

Una forma de realizar una prueba de tamizaje, es aplicando el AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol) describe cómo utilizarlo para identificar que fue desarrollado para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, considerando que la mayoría de los bebedores excesivos no están diagnosticados, a menudo éstos presentan síntomas o problemas que normalmente no se relacionan con su consumo de alcohol. Fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Al obtener un puntaje negativo se refuerzan los estilos de vida saludable, con relación al consumo de alcohol. Si es positivo se cuenta con dos opciones, la dependencia media (consumo de riesgo) o dependencia severa, en este caso la opción es el tratamiento más intensivo. Si el problema es un consumo de riesgo se dispone de dos opciones, el dar consejo breve o realizar una intervención breve. La diferencia radica básicamente en el tiempo de la intervención, el consejo breve puede ser de media hora, mientras que la intervención breve puede requerir de más tiempo y formalidad que permita desarrollar una serie de habilidades en la persona.

Las Intervenciones breves son la estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas que abusan del alcohol o drogas y cuya conducta los pone en riesgo, existe la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad y en algunos casos antes de darse cuenta. Algunas de los aspectos que las caracterizan es

que son pocas sesiones, es una intervención proactiva y no involucra juicios del especialista. Asimismo están diseñadas para reducir, minimizar o eliminar el daño ocasionado por el abuso en el consumo de sustancias.

El Modelo de detección temprana e Intervención breve para bebedores problema, emplea técnicas cognitivo-conductuales que han demostrado eficacia, funcionando directamente en la conducta de consumo, basadas en la teoría conductual (condicionamiento clásico y operante) y cognitiva, resultando fundamental la premisa respecto a que una conducta aprendida es susceptible de ser modificada en etapas tempranas una serie de técnicas de aprendizaje (Echeverría, 2006; Echeverría, Carrascoza y Reidl, 2007, Medina-Mora, 2008).

Otros aspectos en los que consisten las intervenciones breves es que son programas de consulta externa que se han venido adaptando a la población mexicana desde 1993, cuyo enfoque es cognitivo-conductual, basado en la Teoría Cognitivo Social de Bandura, ofrece una alternativa donde no se etiqueta a las personas, reconoce que la abstinencia es la meta ideal, pero acepta la moderación como un camino para llegar a ella o una meta en si misma, busca reducir el daño gradualmente y ha venido demostrando su efectividad para lograr el mantenimiento y la generalización de la conducta modificada, no sólo para iniciar el proceso de cambio.

En este punto resulta primordial conocer el proceso de adicción y señalar primordialmente tres conceptos básicos: Uso, abuso y dependencia. El uso de la sustancia se inicia con los primeros consumos, por los factores de riesgo antes mencionados sumados a factores como la curiosidad, diversión, amigos consumidores, ausencia de actividades recreativas o la gratificación inmediata que el consumo pueda brindar. Mientras que el abuso incluye la búsqueda de los efectos provocados por la sustancia, se ha instaurado el hábito y surgen las primeras consecuencias negativas en una o varias áreas de la persona, tales como salud, cognición, emocionales, interpersonales, legales, económicos, escolares o laborales; los problemas o consecuencias en este punto están presentes y la persona puede llegar a la tolerancia. La dependencia es entonces la etapa del proceso de adicción caracterizada por el síndrome de abstinencia, debido a la frecuencia de consumo elevado de manera regular y que va aumentando, de forma que la dependencia es tanto física como psicológica, asimismo las consecuencias negativas son severas e incluso irreversibles (Echeverría, 2006; Natera; Carreño, 2002).

El enfoque cognitivo conductual para las adicciones, establece en su modalidad más difundida, un plan de tratamiento breve, que consta de dos sesiones iniciales, una de admisión y otra de evaluación, y cuatro sesiones de intervención, que esta dirigido a bebedores con dependencia baja y media, clasificados como bebedores problema, durante este período se busca motivar a la persona, identificar cuáles son sus situaciones de riesgo, ofrecerle opciones de trabajo y por último un establecimiento de metas para que la persona decida de que forma va a consumir. Asimismo se realizan cuatro seguimientos al mes, tres, seis y un año después del tratamiento (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998). El bajo o moderado nivel de dependencia de esta población permite considerar la alternativa de plantear la meta de moderación en el consumo, o bien la abstinencia, en forma flexible y realista. En estos casos se obtiene generalmente mejores resultados, debido a la motivación de elegir conjuntamente con el terapeuta la meta, que si se impone la abstinencia como única alternativa. En este sentido el modelo médico contrasta en el procedimiento de la intervención, dado que es

intensivo e indicado para bebedores crónicos, con dependencia severa y con serias repercusiones sociales y orgánicas asociadas a su nivel de consumo y no para quienes se inician en conductas de riesgo, abuso o dependencia moderada (Echeverría, González, y Díaz, 2006).

Esta opción de tratamiento llegó a México desde 1993, y algunos resultados denotan en cuanto al patrón de consumo, la modificación entre reducción de consumo excesivos y el incremento de consumos moderados, y por otro la reducción de problemas relacionados con la forma de beber.

Las terapias cognitivo conductuales han resultado ser eficaces debido a que se encuentran sustentadas en la investigación experimental, identifican los problemas en etapas tempranas, son de bajo costo, aspecto importante para un país como México en donde se requieren opciones accesibles, asimismo son de rápida aplicación, muestran efectos inmediatos al mismo tiempo que proporciona resultados a largo plazo, no son intrusivos o agresivos para el usuario, puede darse el tratamiento en consulta ambulatoria, permitiendo que la persona realice sus actividades en la vida diaria e incluir como parte de sus actividades alguna actividad de tratamiento, aunado a que el usuario sea proactivo y propositivo, proporcionando elementos importantes para su modificación de conducta, a diferencia de otros tipos de tratamiento tradicionales.

En los programas de corte cognitivo conductual, la oportunidad de participar activamente en el tratamiento, a través de la elección conjunta con el terapeuta, de una meta específica y alcanzable, representa para el bebedor problema un componente motivacional importante que puede aumentar su nivel de compromiso para el cambio (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, op, cit). De tal forma que a diferencia de otros enfoques, en este tipo de programas se aplican técnicas de medición cuantitativas, permitiendo que el cumplimiento de las metas de tratamiento y avance sea medible, por consiguiente, el enfoque cumple ampliamente los requerimientos metodológicos de verificación y réplica.

Por su parte (Miller, Brown et al, 1995) sugieren que de treinta diferentes tipos de intervenciones evaluadas, entre las que se incluye el Entrenamiento en Habilidades Sociales, el Contrato Conductual, la Terapia Aversiva, Terapia Centrada en el Cliente, entre otras, las Intervenciones Breves han mostrado el mayor número de estudios con resultados positivos en cuanto a la evidencia de eficacia, además de ser intervenciones de menor costo. Otros hallazgos apoyan la efectividad de los tratamientos breves de consulta externa en contraste con los de duración prolongada, en población con problemas de abuso o dependencia moderada, en un nivel de prevención secundaria (Ayala y Echeverría, 1998). Particularmente se ha reportado que los resultados de la investigación han proporcionado fuerte apoyo a los principios del enfoque Cognitivo Conductual (McCrary, Rodríguez y Otero-López, 1998).

Al respecto Secades y Fernández mencionan que los programas cognitivo conductuales están centrados en el tratamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales, que mantienen la conducta de beber, tales como cogniciones y emociones. El déficit en habilidades de enfrentamiento es entonces considerado el principal factor de riesgo para desarrollar problemas con el consumo. Estos autores identifican dos tipos de modelos cognitivo conductuales en el tratamiento de problemas con el consumo de alcohol.

El primero de ellos es el Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Enfrentamiento y el segundo corresponde a la Prevención de recaídas. Respecto al primero de ellos el planteamiento que subyace a este modelo terapéutico es que el usuario carece de habilidades adecuadas para enfrentarse a situaciones y demandas sociales e interpersonales, tales como interacciones con compañeros de trabajo, amistades en la relación marital, o en el ejercicio del rol como padres. Estas deficiencias pueden derivar en la aparición de condiciones de estrés que dificulten un enfrentamiento apropiado y convertirse en un factor disparador del consumo. El objetivo principal entonces, en este tipo de intervenciones es dotar a la persona de las suficientes habilidades de enfrentamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadenan el consumo (Casas y Gossop, 1993; García y Alonso, 2002).

La evaluación de las habilidades de afrontamiento se enmarca en las intervenciones de prevención de recaídas desarrolladas desde la psicología cognitivo conductual. La introducción del concepto de habilidades de afrontamiento en la dependencia del alcohol fue expuesta en los trabajos de Litman a finales de los setenta y principios de los ochenta. A través de entrevistas estudiaron los métodos que los dependientes del alcohol utilizaban al tratar de evitar la recaída (Litman, 1980; Litman, Eiser, Rawson y Oppenheim, 1977, 1979; Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, 1983; Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg y Jackson, 1984). El concepto de afrontamiento se ha considerado como una forma de respuesta individualizada a una situación externa o interna. En este paradigma cognitivo- conductual se hipotetiza que la puesta en práctica de determinadas estrategias de afrontamiento serían útiles a la hora de hacer frente de forma exitosa a las situaciones de recaída o de riesgo de consumo. Gran parte de los programas de intervención basados en los modelos de prevención de recaídas está dirigida al entrenamiento en habilidades de afrontamiento de situaciones de riesgo para el deseado mantenimiento de la abstinencia. Se parte de la idea de que algunos sujetos con dependencia del alcohol manifiestan déficits en alguna de las habilidades necesarias para mantener la abstinencia. Diferentes trabajos llevados a cabo en el ámbito de la dependencia del alcohol han puesto de manifiesto el papel desempeñado por las habilidades de afrontamiento y sus implicaciones en la evolución de los tratamientos, más concretamente su relación con la recaída y con el abandono (Litman y cols. 1984; Marlatt, 1985; García 1993; García, Cuadrado, Pata y Lafarga, 1990).

Así dentro de las teorías cognitivo-conductuales sobre los procesos adictivos, el Modelo de Afrontamiento al Estrés (Wills y Shiffman, 1985; Wills y Hirky, 1996) asume que el consumo de sustancias es una respuesta del sujeto a estresores vitales que enfrenta a lo largo de su vida, en este sentido el consumo de sustancias reduce los efectos negativos del estrés y aumenta la capacidad del sujeto para hacer frente a los mismos. Siguiendo este modelo se puede deducir que si el sujeto tiene habilidades adecuadas y adaptativas para afrontar el estrés tendrá menor tendencia a consumir drogas que si carece de estas habilidades. Apoyando la idea de que las estrategias de afrontamiento al estrés predicen el uso de drogas en adolescentes y adultos, por su parte (Wagner, Myers e Inch, 1999) validaron empíricamente el modelo de afrontamiento al estrés, comprobando que los adolescentes que utilizan estrategias centradas en el afrontamiento a las situaciones de estrés consumían menos que los que utilizaban estrategias de evitación, estos hallazgos han resultado similares en población adulta (Finney y Moos, 1995).

Secades y Fernández (2003), citan a Monti, Rohsenow, Colby y Abrams para mencionar los módulos que comprenden las habilidades de comunicación más comunes en este tipo de programas de tratamiento, señalando que no necesariamente se tienen que desarrollar todos en el plan de tratamiento del usuario: 1) desarrollo de habilidades de rechazo a ofrecimientos de bebida, 2) retroalimentación positiva al usuario para que sea reforzado, 3) realización de críticas, 4) recepción de críticas acerca del uso de la bebida, 5) desarrollar habilidades de escucha, 6) desarrollar habilidades de conversación, 7) desarrollo de apoyos potenciales a la sobriedad en el entorno y 8) desarrollar habilidades de solución de conflictos y de comunicación.

Por su parte, Barkin, Smith y Durant, (2002) demuestran la influencia de las habilidades sociales en el consumo de drogas, al respecto se ha identificado que los adolescentes que utilizan más habilidades asertivas de negación y habilidades referidas a toma de decisiones consumen menos drogas ilegales. Asimismo los estudios apoyan el entrenamiento de habilidades sociales para el tratamiento de diferentes sustancias adictivas (Chaney y otros, 1978, Chaney, Roszell y Cummings, 1982; Marlatt y Gordon, 1980; Monti, Abrams, Binkoff y Zwick, 1986). Partiendo de que las personas que abusan de sustancias tienen déficit de habilidades sociales, éstas pueden ser de dos tipos, los primarios que son problemas de habilidades sociales generales en diversas situaciones y los de tipo secundarios que hacen referencia a la deficiencia de asertividad en situaciones relacionadas con el consumo (Trower, Yardley, Briant y Shaw, 1978).

Las teorías y estudios muestran la importancia de las estrategias de afrontamiento, tanto conductuales como cognitivas, en el tratamiento con usuarios que consumen sustancias adictivas. Ahora bien, Carkhuff (1971) postuló que el entrenamiento de déficits conductuales específicos, como las habilidades sociales, es el tratamiento más efectivo a problemas como la delincuencia y el consumo de alcohol u otras drogas. En su investigación, Carkuff (1975) observó el desempeño de jóvenes sobresalientes, jóvenes no delinquentes y jóvenes delinquentes de una misma comunidad, encontrando que los tres grupos diferían en habilidades de subsistencia, trabajo y aprendizaje, considerando estas últimas como habilidades necesarias para adquirir principios, conceptos y acciones necesarias para desarrollar una vida planeada y dirigida. Los jóvenes sobresalientes obtuvieron los puntajes más altos en estas habilidades, seguidos por lo jóvenes no delinquentes.

En este sentido desde la teoría cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones, afirma que los usuarios de sustancias presentan deficiencias en su habilidad para enfrentar problemas. En ausencia de estas habilidades, tales problemas son vistos como amenazas potencialmente irresolubles y la persona usa sustancias como medio para tratar con sus problemas y las reacciones emocionales creadas por ellos. Desde esta perspectiva el abuso de sustancias se ve como una conducta aprendida, que tiene la habilidad funcional para el individuo que usa sustancias en respuesta a situaciones problemáticas, como el intento de enfrentarlas en ausencia de habilidades conductuales, cognitivas y/o emocionales más apropiadas (Oblitas y Becoña, 2003; Bandura, 1997).

La fundamentación y abordaje de los factores protectores se basan en la serie de supuestos y conocimientos desarrollados en distintas disciplinas científicas, fundamentalmente en la psicología social, modificación de conducta y terapia de conducta (Gil y León, 1998). Así, la intervención psicológica pretende brindarse en la prevención y mejoramiento de las variables ambientales, a nivel de las relaciones

interpersonales, la reestructuración cognitiva, el mejoramiento de las habilidades sociales y la provisión de grupos de apoyo.

Por otro lado, el Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985) hace énfasis en la importancia de las estrategias de afrontamiento en el uso de drogas. El modelo señala que después de un periodo de abstinencia puede producirse el regreso al consumo cuando el sujeto tiene que enfrentarse a situaciones de alto riesgo y no utiliza las estrategias de afrontamiento adecuadas (Marlatt y Gordon, 1980). Asimismo el modelo subraya la importancia del entrenamiento en estrategias de afrontamiento tanto conductuales como cognitivas (Chaney, O'Leary y Marlatt, 1978). Las estrategias de afrontamiento consisten básicamente en prever las posibles situaciones de alto riesgo futuras, el entrenamiento en resolución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971), en dar respuestas asertivas en dichas situaciones (Flowers, 1975) y en estrategias de manejo del estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

El modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, es un paquete de tratamiento que incluye diferentes técnicas cognitivo conductuales tales como: Análisis funcional de la conducta de consumo e identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, entrenamiento en habilidades de enfrentamiento ante situaciones de riesgo, autorregistro del uso de sustancias, estrategias para enfrentar el craving y los pensamientos asociados al uso de sustancias, enfrentamiento de los consumos de una sola dosis y entrenamiento en solución de problemas. Por su parte Jahoda (1953, 1958) enfatizaba que la solución de problemas interpersonales implicaba habilidades efectivas para el ajuste socio-emocional y que la estabilidad psicológica se relacionaba con secuencias de solución de problemas interpersonales caracterizadas por la tendencia a reconocer y admitir un problema, reflexionar sobre posibles soluciones, tomar decisiones y llevar a cabo una acción. En este sentido, el entrenamiento en habilidades para solucionar problemas (Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1980; Kendall y Hollon, 1979; Sarason y Ganzer, 1973; Conduct Problems Prevention Research Group, 1992) permitirá al usuario una mejor resolución de sus problemas interpersonales (Urbain y Kendall, 1980). De forma que si la persona considera que posee las habilidades de enfrentamiento conductuales, cognitivas o emocionales para solucionar los retos de las situaciones, éstas serán valoradas como menos amenazantes y probablemente se sentirá menos atemorizada, ansiosa y podrá responder a su entorno social de forma efectiva (Carrascoza, 2007). Así en las situaciones relacionadas con el uso de sustancias, enfrentar se refiere a lo que una persona hace o piensa en una situación de recaída, así como la manera de manejar diversos factores de riesgo renovado del uso de la sustancia.

Se sugiere que tanto el modelo de Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Enfrentamiento y el de Prevención de recaídas cuentan con amplia evidencia científica de eficacia comprobada, sin embargo el segundo modelo es considerado como tratamiento de primera elección (Secades y Fernández, op.cit). Asimismo, es posible conjuntar ambos modelos, que han sido conjuntados en la aproximación terapéutica (CRA) (The Community Reinforcement Approach, Hunt y Azrin, 1973) adaptado a población mexicana con el nombre de Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2005).

En este contexto y en el caso particular de México, contar con información técnica sobre tópicos específicos brinda la posibilidad de emplearse como elemento estratégico para la

formulación, diseño de programas y acciones a desarrollar con vistas a la prevención, control y tratamiento de las adicciones. Desde este panorama, en resumen se sugiere que los programas de tratamiento y prevención vayan encaminados a incorporar el aprendizaje de estrategias de afrontamiento generales y específicas, teniendo en cuenta las variables individuales y contextuales de los sujetos, aunado al tipo de sustancias que se consumen para brindar intervenciones más efectivas. Es por ello que contar con las bases epistemológicas, teóricas y metodológicas de los diversos tratamientos para las adicciones, nos brindan un referente fundamental para comprender adecuadamente los supuestos teóricos y los componentes de los procedimientos clínicos y por ende una mayor efectividad en la aplicación de dichos procedimientos.

En materia de salud pública, legislación, formación de recursos humanos e investigación y de acuerdo con el diagnóstico de la problemática actual, se requiere de los recursos en los tres niveles de atención y una estrategia de coordinación de los diversos sectores implicados en la prevención primaria, en la detección y atención oportuna de casos, así como en la rehabilitación. En virtud del problema que ha representado el abuso del consumo de alcohol en México y particularmente en el caso del tratamiento, estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de Psiquiatría indican que las intervenciones breves, que pueden efectuarse en el ámbito de la atención primaria, logrando ser efectivas en la reducción del consumo en los bebedores excesivos. Asimismo, otros modelos de enfoque cognitivo-conductual han demostrado su eficacia en el manejo de este tipo de consumidores. Estos mismos modelos, aplicados en pacientes alcohólicos, han demostrado su utilidad en la prevención de las recaídas, pero su instrumentación requiere de personal calificado y entrenado apropiadamente. Lo anterior evidencia la necesidad de evaluar sistemáticamente los modelos de atención con la finalidad de esclarecer su utilidad y efectividad a fin de considerar su aplicación generalizada en diversos ámbitos y niveles de atención.

## **FORMULACIÓN DE PROGRAMAS**

Con el fin de ilustrar el despliegue de las habilidades y competencias adquiridas con relación a la práctica clínica, se presenta la descripción y análisis de los casos atendidos en las diversas sedes y tratamientos implementados, en las dos sedes en las que se dio atención terapéutica: Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA) y la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México (CCT-HG).

### **Sede 1, Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA)**

#### ***Características de la sede***

El Centro de Prevención y Atención de Adicciones (CEPREAA) es un Centro especializado de la UNAM cuyo fin es atender conductas adictivas relacionadas con el consumo de sustancias. Desde 1993 el CEPREAA ofrece modelos de tratamiento de corte breve dirigidos a evitar el desarrollo de la dependencia severa en personas que consumen alcohol, tabaco y/o drogas ilegales. Estos modelos están sustentados en la Teoría Cognitivo Social y son utilizados según el tipo, cantidad, tiempo de consumo de la sustancia adictiva, edad de los usuarios, capacidades cognitivas y problemas relacionados con el consumo, de forma que los siete programas que se ofrecen son: 1. Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala y Echeverría 1998; Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2005). 2. Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (PIBF) (Lira, González y Ayala, 2002). 3. Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (PSC) (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2005). 4. Modelo de Atención para Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol (Natera, Orford, Tiburcio y Mora, 1998). 5. Intervención Breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez, Ruiz, Salazar y Barrientos, 2005). 6. Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza, 2005) y 7. Modelo de Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (Medina, 2002).

Asimismo se otorga un tratamiento psicológico ambulatorio y confidencial, dirigido a población escolarizada que inicia el consumo de sustancias o que ha desarrollado una dependencia al alcohol u otras drogas. Asimismo se ofrece atención con costo accesible o gratuito dependiendo de la situación económica del usuario.

Respecto a las características particulares de los programas, se considera que el objetivo general se dirige a que el usuario analice su propio consumo, desarrolle e implemente sus propios planes de acción para modificarlo para alcanzar la abstinencia o la reducción dependiendo de las características del consumo y sus consecuencias negativas. Se trata de intervenciones breves y flexibles, diseñadas para reducir o eliminar el daño ocasionado por el abuso en el consumo de sustancias, están dirigidas a atender la conducta de consumo y en el caso del Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (PSC) (Barragán y cols; 2005) desarrollar habilidades en otras áreas de su vida que lo alejen del consumo.

Los tratamientos se desarrollan bajo un enfoque cognitivo-conductual, con un número limitado de sesiones, no existe un tratamiento farmacológico o de remplazo a excepción del Disulfiram dentro del Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) que además ofrece apoyo interdisciplinario por parte del Instituto Nacional de Psiquiatría cuando el caso así lo requiera.

A continuación se muestra en el Cuadro 1 los casos atendidos y concluidos en cuatro de los programas en el CEPREAA, durante el segundo año de la maestría:

**CASOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES (CEPREAA), (2008-2009)**

<b>PROGRAMA</b>	<b>USUARIO</b>	<b>FASE DEL TX.</b>
<b>1. Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala y Echeverría 1998; Echeverría y cols., 2005).</b>	Sexo: M Edad: 21 Escolaridad: 4o sem. Bachillerato Estado civil: Soltero Ocupación: Estudiante	CONCLUIDO
<b>2. Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (PIBF) (Lira y cols., 2002).</b>	Sexo: M Edad: 49 Escolaridad: Secundaria Estado civil: Casado Ocupación: Empleado de farmacia en un hospital particular	CONCLUIDO
	Sexo: M Edad: 30 Escolaridad: Licenciatura Estado civil: Soltero Ocupación: Empleado en un teatro bar	CONCLUIDO
<b>3. Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (PSC) (Barragán y cols., 2005).</b>	Sexo: M Edad: 32 Escolaridad: Secundaria Estado civil: Casado Ocupación: Taxista Sustancia: Alcohol y Crack	CONCLUIDO
<b>4. Modelo de Atención para Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol (Natera y cols., 1998).</b>	Sexo: F Edad: 45 Escolaridad: Secundaria incompleta Estado civil: Separada Ocupación: Mesera Usuarios: 2 hijos con consumo de (cocaína y mariguana)	CONCLUIDO

### *Principales programas implementados*

#### **1) Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema (Ayala y Echeverría 1998; Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2005)**

El programa de Auto-Cambio Dirigido fue desarrollado por científicos de la Addiction Research Foundation, de Toronto, Canadá, fue adaptado por el Dr. Héctor Ayala, y su equipo de colaboradores, quienes lo evaluaron para su utilización en el país y en la actualidad está siendo adaptado para profesionales de la salud en el ambiente de la Medicina Familiar.

El Tratamiento Breve está sustentado en la teoría cognitivo social del aprendizaje, es una intervención breve de consulta externa que ayuda al bebedor problema a comprometerse a cambiar su conducta, así como a organizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el abuso en el consumo de alcohol. La meta es ayudar al bebedor problema a desarrollar estrategias generales de solución de problemas que le permitan enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta, utilizando las siguientes técnicas:

- Entrevista motivacional
- Identificación de etapas de cambio
- Análisis funcional de la conducta de consumo (antecedentes y consecuentes)
- Entrenamiento en técnicas de auto-control conductual
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Prevención de recaídas
- Uso óptimo de redes y recursos sociales
- La conducta de consumo se modifica de manera conjunta con variables ambientales y procesos cognitivos

En este sentido, el objetivo fundamental del programa consiste en intervenir de manera motivacional para ayudar al usuario con problemas en su forma de beber a comprometerse, para identificar y utilizar sus recursos orientándolos a modificar su consumo, desarrollar un plan general para enfrentar su forma de consumo y lograr cambios en su comportamiento. Se motivará al usuario a que decida cambiar, establezca una meta de consumo (moderación o abstinencia), evalúe las situaciones de riesgo y afronte sus problemas con el alcohol.

En cuanto a las características generales del modelo encontramos que evita etiquetar a las personas, no confronta, proporciona retroalimentación, informa y orienta hacia cómo lograr el cambio de conducta, permite la selección de la meta del tratamiento.

En este sentido resulta importante identificar al usuario que es bebedor problema a través de los siguientes criterios: Bebe más de 12 copas por semana en el caso de los varones, bebe más de 9 copas por semana en el caso de las mujeres, bebe más de 5 copas por ocasión, bebe más de una copa por hora, puede desarrollar problemas físicos, familiares, laborales, económicos, etc., por su forma de beber, no presenta características clínicas de dependencia severa al alcohol, tal como preocupación por el alcohol, síntomas del síndrome de abstinencia o consecuencias sociales o físicas severas por su patrón de consumo.

Asimismo los criterios de inclusión al programa son fundamentales para la aplicación del modelo, de forma que el usuario debe contar con 18 años de edad pero no mayor de 70 años, saber leer y escribir, contar con domicilio permanente, trabajar o estudiar en la actualidad, vivir con su familia, no presentar síntomas de dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, delirio tremens), beber menos de 30 copas a la semana, acudir a tratamiento por voluntad propia y estar de acuerdo con el consentimiento informado, que la sustancia principal de abuso no sea inyectada y no acudir a otro programa de tratamiento.

Brevemente descrito, el programa es un procedimiento de intervención de seis sesiones apoyadas en una serie de actividades dirigidas a cambiar la forma de consumir alcohol. El programa se aplica de forma individual, en donde la persona que acude se compromete a asistir una vez a la semana durante una hora, durante un mes y medio (seis sesiones aproximadamente). En ese sentido el tratamiento consta de una sesión de admisión, una de evaluación y cuatro pasos a seguir para alcanzar la meta establecida por el usuario. (Paso 1.- Decidir cambiar y establecimiento de metas, paso 2.- identificar situaciones de riesgo, paso 3.- enfrentar problemas relacionados con el alcohol y paso 4 el nuevo establecimiento de metas), así como cuatro seguimientos a uno, tres, seis y doce meses).

Asimismo para alcanzar los objetivos de cada sesión y del programa en general se emplean diversas técnicas que orientarán la intervención con el usuario: Entrevista motivacional, identificación de etapas de cambio, análisis funcional de la conducta de consumo (antecedentes y consecuentes), entrenamiento en técnicas de auto-control conductual, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, uso óptimo de redes y recursos sociales, la conducta de consumo se determina en forma recíproca de manera conjunta con variables ambientales y procesos cognitivos.

Brevemente descritas, cada una de las sesiones tienen las siguientes características:

*Admisión.* Esta sesión tiene como objetivo la identificación de la disposición que tiene el usuario para el cambio, y si es o no candidato para el programa de tratamiento. Este es el primer contacto que se tiene con el usuario, es el momento en el que se recibe información valiosa para ser utilizada durante el tratamiento y donde se determina si el usuario es candidato para el tratamiento. Se obtiene información sobre las características del consumo y se identifica en que etapa de cambio está el usuario, de forma que las actividades a seguir durante esta fase son: Conocer el motivo de consulta del usuario, aplicar instrumentos para identificar el grado de dependencia y si existe daño neurológico, explorar la etapa de disposición al cambio, explicar las características del modelo de tratamiento, decidir si el usuario es candidato al programa.

En este sentido y con el fin de recabar la primera información y características particulares del caso, en la fase de Admisión se aplican los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de Pre-selección (en Echeverría et al, 2004).
- Breve Escala de Dependencia al Alcohol, (BEDA) (Raistrick, Dunbar y Davison, 1983 en Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).
- Subescalas Pistas Partes "A" y "B", Batería Halstead-Reitan (en Echeverría et al, 2004).
- Formato de Consentimiento (Facultad de Psicología, UNAM).

*Evaluación.* Esta sesión tiene como objetivo obtener información sobre la historia y patrón de consumo, conocer las principales situaciones de consumo (que será útil para que el terapeuta haga la planeación del tratamiento), y medir la autoeficacia del usuario respecto a diversas situaciones de consumo. Las actividades a seguir son: Aplicar instrumentos de evaluación (entrevista inicial, línea base retrospectiva de su patrón de consumo, inventario de situaciones de alcohol, confianza situacional, entre otros), entregar y explicar el autorregistro (bitácora donde el usuario marca diferentes aspectos relacionados con el consumo de alcohol: episodios de uso, cantidad, frecuencia e intensidad usada, situaciones de riesgo, y pensamientos y necesidad de usarlo), entregar y explicar la primera lectura y ejercicios a trabajar en la siguiente sesión.

Los instrumentos que se aplican durante esta sesión son:

- Entrevista Inicial, (EI).
- Línea Base Retrospectiva, (LIBARE) (Sobell y Sobell, 1992; versión adaptada al español Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998, en Echeverría et al, 2004).
- Inventario Situacional de Consumo de Alcohol, (ISCA) (Annis, 1982; versión adaptada al español por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998, en Echeverría et al, 2004).
- Breve Cuestionario de Confianza Situacional, (CCS) (Annis, Graham y Davis, 1987; versión adaptada al español por Echeverría y Ayala, 1977, en Echeverría et al, 2004).
- Formato de Auto-Registro del consumo (en Echeverría et al, 2004).

Sesiones de tratamiento:

*Sesión 1. Decisión de cambio y establecimiento de metas.* El objetivo de esta sesión es ayudar al usuario a reflexionar sobre su consumo de alcohol y a encontrar las razones para moderar o suspender su uso. Aquí el usuario establece las razones para cambiar su patrón de consumo, mediante un proceso denominado 'balance decisional', donde se especifican los costos y beneficios de seguir consumiendo o de modificar el uso. Esto se ayudará a establecer su primera meta de consumo (moderación o abstinencia), la que tratará de alcanzar en las siguientes semanas de tratamiento, por lo que las actividades a seguir consisten en: Revisar el autorregistro y la línea base retrospectiva, discutir la primera lectura y revisión de los ejercicios, analizar los costos y beneficios de su forma de beber, tomar conciencia de sus decisiones y las consecuencias de las mismas, identificar razones para cambiar y establecer la meta de consumo: abstinencia o moderación.

*Sesión 2. Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol.* En esta sesión, al identificar las situaciones de riesgo de consumo excesivo, el usuario realiza un análisis funcional de su conducta de beber mediante la identificación de los antecedentes y consecuentes de su consumo. El usuario, con la guía del terapeuta, identifica la relación entre su estilo de vida, su problema con el consumo del alcohol, las situaciones de riesgo que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias de su consumo. En esta se siguen las siguientes actividades: Revisar el autorregistro, revisar el ejercicio Situación en la que haya tomado alcohol en exceso, entregar la lectura y ejercicios Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol, para trabajar en la siguiente sesión.

*Sesión 3. Enfrentar los problemas relacionados por el consumo de alcohol.* El objetivo es que el usuario desarrolle estrategias para enfrentarse con las situaciones de alto riesgo asociados con el uso de alcohol. En la sesión se presenta un programa general de solución de problemas en el que el usuario describe las alternativas a las situaciones de riesgo y sus consecuencias. Se pretende que el usuario analice sus habilidades de afrontamiento y los apoyos sociales disponibles que se habrán de utilizar en el programa de cambio. De manera que las actividades a seguir consisten en: Analizar el autorregistro, discutir la lectura, con la finalidad de desarrollar estrategias para controlar el consumo en situaciones específicas, revisar los ejercicios Opciones y probables consecuencias y Planes de acción, así como entregar el ejercicio Nuevo establecimiento de metas.

*Sesión 4. Nuevo establecimiento de metas.* Este es el paso final del tratamiento, el objetivo es analizar el progreso del usuario para decidir la conclusión del tratamiento o examinar la necesidad de sesiones adicionales. Aquí se analizan los logros alcanzados con relación al establecimiento de metas inicial y se define una nueva meta para los meses siguientes. Se analiza conjuntamente con el usuario su capacidad para controlar su forma de beber alcohol, si es capaz de identificar efectivamente las situaciones de riesgo de beber en exceso, las consecuencias inmediatas y a largo plazo (positivas y negativas), así como su capacidad para ejecutar los planes de acción de manera efectiva.

En este sentido las actividades a seguir son: Revisar las estrategias a realizar durante las situaciones de alto riesgo de consumo, elegir las dos mejores alternativas para cada situación, desarrollar los planes de acción correspondientes, establecer la meta de consumo para los siguientes meses, analizar la posibilidad de sesiones adicionales y programar el primer seguimiento que será a un mes.

*Seguimiento.* Una vez terminado el programa también es importante que asista a los seguimientos, al mes, tres, seis y doce meses de que fue dado de alta. Esto para evaluar el mantenimiento del efecto del cambio en el patrón de consumo acorde a la meta elegida por el usuario; estos seguimientos con intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento, proporcionan ventajas sustanciales como medir la eficacia de la intervención a través de su retroalimentación, a fin de descubrir y evaluar nuevas propuestas, el impacto directo al usuario, reforzar el proceso de tratamiento mediante la planeación de seguimientos coincidentes con intervalos de riesgo pico, reforzando el proceso de la intervención, así como identificar las probables recaídas y prevenirlas, apoyando la conducta de aquellos que recaen. Así mismo beneficia en la obtención de información relativa al cambio en el patrón de consumo y los problemas relacionados con éste, favoreciendo la evaluación de la eficacia en la aplicación del tratamiento de forma objetiva, aunado a compartir nuevos conocimientos entre programas de tratamiento semejantes; de tal forma que estos hallazgos puedan ser útiles en el diseño de nuevas propuestas de intervención. Asimismo de acuerdo con (Miller, 1989), las medidas a obtener durante el seguimiento y que van más allá de conocer si el usuario consumió o no son: 1. Frecuencia y cantidad de consumo, 2. Necesidad o urgencia de beber, 3. Análisis de síntomas y consecuencias asociadas, 4. Severidad de la dependencia. 5. Evaluación Neuropsicológica, 6. Valoración del estado de salud, 7. Valoración de problemas relacionados (ansiedad, desordenes afectivos, disfunción sexual, problemas familiares o maritales, dificultades económicas e insomnio).

\*\*El caso y los resultados se describen de manera detallada en el Reporte de caso

## **2) Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (PIBF) (Lira, González y Ayala, 2002)**

Los antecedentes del programa parten de la revisión de la literatura sobre ensayos clínicos aleatorios controlados y la evidencia de las intervenciones cognitivo conductuales que han mostrado efectividad (Swan, et al. 2003). Asimismo en la Universidad Nacional Autónoma de México se desarrolló el programa de intervención breve motivacional para fumadores. El primer estudio tuvo como sustento las revisiones de meta-análisis sobre la efectividad de las técnicas conductuales en las que coinciden en que las técnicas más efectivas son las de auto control, entrenamiento en las habilidades de afrontamiento, técnica de saciedad en la que se pide al usuario fumar rápido (Becoña, 2004 y Dodgen, 2005). Para evaluar la efectividad del modelo de intervención breve para fumadores, se realizó un estudio piloto que tuvo como propósito evaluar sistemáticamente el programa de intervención breve motivacional para fumadores tomando como indicadores el patrón de consumo de cigarros y la percepción de la autoeficacia de los usuarios al finalizar la aplicación del programa y en el seguimiento a los seis meses (Lira, González, Carrascoza, Ayala y Cruz, 2009). Para cumplir dicho objetivo se empleó un diseño de caso único con diez réplicas, la aplicación del programa de intervención breve motivacional para fumadores tuvo efectos específicos en el patrón de consumo y en el incremento en el nivel de autoeficacia para controlar el consumo en situaciones de riesgo. Los resultados obtenidos de su investigación concuerdan con los datos presentados en la aplicación de intervenciones breves en otros países, además de los obtenidos en México con bebedores problema, usuarios de cocaína y adolescentes que inician el consumo de drogas (Oropeza, 2003; Martínez, 2003; Dunn, Deroo y Rivara, 2001; Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998; Annis, Sobell, Ayala, Rybakowski, Sandahl, 1996).

El objetivo del programa consiste en que el usuario llegue a la abstinencia de manera gradual, sin el empleo de la terapia de remplazo o farmacológico.

Los criterios de inclusión consisten en ser fumadores que no tienen una dependencia severa, saber leer y escribir, edad de 18 a 60 años y que el usuario indique estar de acuerdo con lo planteado en el Consentimiento Informado. Asimismo los criterios de exclusión son: Presentar alguna enfermedad (hipertensión, señalar la presencia de dolor de pecho, tener úlceras, diabetes, algún tipo de cáncer) y personas que tengan un diagnóstico de depresión mayor, ansiedad severa u otro trastorno psiquiátrico, así como mujeres embarazadas.

Para el alcance del objetivo se emplean las siguientes técnicas a lo largo de la intervención: Entrevista motivacional (Miller, 1985), identificación de etapas de cambio (Prochaska y Di-Clemente, 1985), análisis funcional de la conducta de consumo (antecedentes y consecuentes), habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985), entrenamiento en técnicas de Autocontrol (Cooper, Heron y Heward, 1987), empleo de folletos que incluyen lecturas y ejercicios, uso óptimo de recursos sociales, la conducta de consumo se modifica de manera conjunta con variables ambientales y procesos cognitivos.

En cuanto a la estructura del programa, éste consta de una fase de admisión, un sesión de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento, (sesión 1.- Balance decisional, sesión 2.- Situaciones de riesgo, sesión 3.- Plan de acción y sesión 4.- Cierre) así como cuatro

sesiones de seguimiento en periodos de uno, tres, seis y doce meses concluido el tratamiento.

El desarrollo de cada una de las sesiones se describe a continuación:

Sesión de admisión. Tiene por objetivo explicar al usuario las características de la intervención y conocer motivos por los cuales el usuario quiere dejar de fumar. Ésta sesión se caracteriza por la aplicación del estilo terapéutico de la entrevista motivacional para establecer una buena comunicación y con ello garantizar la permanencia del usuario. Asimismo, fortalecerá el interés del usuario por dejar de fumar y permitirá que sienta que será apoyado a lo largo del programa por lo que es indispensable no juzgarlo, criticarlo, o confrontarlo y explicarle que él será el responsable del programa y con ello de la efectividad del mismo. La sesión de admisión inicia al explicar con detenimiento y claridad el objetivo de la sesión estableciendo buena comunicación con el usuario. Posteriormente inicia una entrevista de preguntas abiertas que tienen como propósito conocer la historia de consumo, consecuencias del consumo, intentos anteriores por abandonar el consumo de cigarrillos, consumo actual y las razones por las que está interesado en el programa.

Después de conocer el perfil del fumador se aplicará el Test de Fagerström de dependencia de la nicotina (Heatherton, et al, 1991, adaptado por Becoña, et al, 1991) y si el usuario está de acuerdo con lo señalado se le pedirá que lea y firme el formato de Consentimiento. En este sentido, se explican las características del programa breve motivacional, mencionando el número de sesiones, la función de la aplicación de instrumentos, el empleo de folletos y la importancia del autoregistro, asimismo se preguntará si tiene dudas y si está interesado en asistir al programa. Por último, se realizará un resumen de la sesión y se citará al usuario a la sesión de evaluación a la semana siguiente.

Sesión de evaluación. El objetivo es conocer el patrón de consumo de tabaco, los problemas asociados al consumo y la disposición para el cambio a partir de la aplicación de diferentes instrumentos. La sesión inicia explicando al usuario el propósito de la sesión, posteriormente se aplican instrumentos para conocer datos sociodemográficos a través de la entrevista inicial, se exploran sus estados emocionales por medio del Inventario de Depresión de Beck (adaptado por Robles, Jurado y Páez, 2001) y el Inventario de Ansiedad de Beck (adaptado por Varela, Villegas y Jurado, 2000), sí como la Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) Sección B-Tabaco, el nivel de auto-eficacia, a partir del Cuestionario breve de confianza situacional (Medina, 2002), identificación de la etapa de cambio a través de la Escala de disposición al cambio, SOCRATES (adaptado por Salazar, 1999) y línea base retrospectiva LIBARE (Ayala y Echeverría, 1997) para conocer el patrón de consumo. Después de aplicar los instrumentos se le entrega y explica al usuario cómo llenar un auto registro del consumo de cigarrillos y de los síntomas de abstinencia, el cual se utilizará a partir de ese momento y durante todo el programa. Además se le entrega el folleto 1 y se explica que en este material, se proporciona al usuario información general sobre las consecuencias del consumo de tabaco a través de preguntas y respuestas generales, y sobre los beneficios de disminuir el consumo de tabaco, se presentan una serie de ejercicios que tienen como propósito el análisis de su consumo y el incremento de la motivación para el cambio. Se cierra la sesión informando al usuario que la siguiente sesión se le entregará por escrito

los resultados de los instrumentos que se le aplicaron, pues a partir de esto se planeará el tratamiento.

*Primera sesión de tratamiento.* Esta sesión tiene por objetivo que el usuario realice un balance decisional sobre las ventajas y desventajas de continuar fumando o de dejar de fumar a partir de los resultados de la evaluación y señalará si quiere llegar a la abstinencia a partir de la reducción o la abstinencia. Se inicia la sesión al revisar y analizar con el usuario la hoja de registro de consumo de cigarros y de síntomas de abstinencia. Contando el número de cigarros que consumió por día y las situaciones relacionadas al consumo, posteriormente se revisa el folleto 1 preguntando al usuario qué le pareció el contenido y los ejercicios, si hubo alguna información que no conociera y si tiene dudas o algún comentario.

Como siguiente paso, se entrega un formato de entrega de resultados de los instrumentos explicando al usuario el resultado de cada uno de los instrumentos en el siguiente orden:

- Test de Fagerström de dependencia a la nicotina: indicando el nivel de dependencia.
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE): indicando el patrón de consumo mensual, semanal y diario.
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional: se indica al usuario cuales fueron las tres situaciones de consumo donde el porcentaje de confianza fue menor.
- Escala de estados de disposición al cambio y el anhelo de tratamiento: identificar etapa de cambio de acuerdo con el modelo de transteórico de cambio (Prochaska y Velicer, 1997).

Después de entregar y revisar los resultados se pregunta al usuario qué le parecieron y si está de acuerdo con éstos. El usuario llena la hoja de balance decisional, en el recuadro que corresponde debe escribir las ventajas y desventajas tanto de seguir fumando como de dejar de fumar. Se revisa y analiza lo que el usuario escribió en cada uno de los recuadros, se discute lo que escribió y se establece la técnica a emplear, haciendo énfasis en que la técnica que elija será el camino para llegar a la abstinencia porque en el caso del consumo de cigarros no hay consumo moderado pues cualquier consumo le causa algún daño en la salud:

1. *Técnica reducción gradual de la nicotina y el alquitrán (Becoña, 1992):* disminuir el 30% por semana el patrón de consumo diario obtenido en la línea base, para lo cual puede cambiar de marca de cigarros que contengan menos nicotina y alquitrán que la que consumen regularmente. Por ejemplo si fuma 16 cigarros al día debe restarle 5 cigarros (30%), por lo tanto la meta para la siguiente sesión será de 11 cigarros diarios. Esta estrategia debe iniciarla al día siguiente de la sesión y debe señalar cómo va a distribuir al día el número de cigarros. Regresando al ejemplo de 11 cigarros, la distribución que señale la persona puede ser: 4 cigarros durante la mañana, 4 después de comer y 2 por la noche. No es necesario que la persona fume necesariamente 11 cigarros diarios, si la persona puede fumar menos o no fumar habrá un avance pero se le señalará que es importante no pasar de la meta establecida.

2. *Técnica de Abstinencia:* en esta opción la persona debe elegir un día de los próximos tres días, para iniciar la abstinencia, de tal forma que por lo menos haya estado tres días en abstinencia antes de la siguiente sesión. Es importante que la persona describa las acciones que va a seguir para lograr la meta establecida para la siguiente sesión. Para

finalizar la sesión, se entregan al usuario hojas para el registro diario de consumo de cigarros y de síntomas de abstinencia; también se entrega el folleto 2, que permite que el usuario identifique las situaciones en las que consume cigarros con mayor frecuencia, así como las consecuencias de su consumo a corto y largo plazo. Se cierra la sesión y se pide al usuario que la siguiente sesión deberá llevar la hoja de registro y el folleto con los ejercicios que se señalan porque con base en lo que él escriba se trabajará en la siguiente sesión que se programa una semana después.

Segunda sesión de tratamiento. Tiene como objetivo que el usuario identifique las situaciones que precipitan el consumo de tabaco, realizando un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y las consecuencias de su consumo. Al inicio de la sesión el terapeuta revisa y analiza con el usuario la hoja de registro de consumo de cigarros y de síntomas de abstinencia. Se comenta sobre la meta establecida la sesión anterior a partir del cumplimiento de ésta, de las estrategias que empleó y cuáles le funcionaron. Se le pregunta ¿cómo se ha sentido?, ¿cuáles fueron los principales obstáculos que enfrentó para cumplir la meta?, ¿cuáles son los beneficios que ha identificado a partir del cambio en su consumo de cigarros).

Después se revisa y analiza el folleto 2, específicamente dos secciones, la primera que está relacionada con las características de las situaciones de riesgo que identificó el usuario y la segunda donde se presenta la *Montaña de la Recuperación* siendo uno de los aspectos centrales del programa. La idea principal de la montaña de la recuperación es que para llegar a la abstinencia, posiblemente el usuario requiera de varios intentos en el que van involucradas caídas y/o recaídas que ocurren en algunas personas lo que produce una creencia de que nunca podrá lograrla. En este sentido se le explica al usuario que si llega a presentar una recaída es importante que la considere como parte de su proceso de cambio y no como un fracaso en el intento de dejar de fumar. Lo más importante es tomarlo como una experiencia de aprendizaje. En el caso de que hasta este momento, la persona no haya logrado la meta establecida en más del 60% de los días de la sesión 1 a la sesión 2, entonces se deberá discutir sobre las principales dificultades encontradas para poder cumplir la meta establecida, sobre sus planes para cumplir la meta establecida, sobre la posibilidad de cambiar la meta (de abstinencia a reducción gradual de la nicotina o viceversa) o nuevas alternativas para lograrlo. Por último, se debe establecer una meta para la siguiente sesión: a) en el caso de las personas que eligieron la meta de reducción gradual de la nicotina se establece el 60% del patrón de consumo diario obtenido a partir de la LIBARE. Por ejemplo: si el consumo diario es de 16 cigarros, la meta para la siguiente sesión será de 6 cigarros. Preguntar cómo va a distribuir el número de cigarros al día y cuáles son las estrategias que va a utilizar para cumplirla; b) en el caso de las personas que hayan elegido la meta de abstinencia preguntar cuáles son las estrategias para cumplir la meta para la siguiente sesión. Se cierra la sesión después de entregar hojas nuevas de registro del consumo de cigarros y de síntomas de abstinencia, el folleto 3 en que el usuario planteará alternativas para poder cumplir con la meta establecida y se programa la siguiente sesión una semana después.

Tercera sesión de tratamiento. El usuario planteará opciones para cada situación de riesgo y desarrollará un plan de acción con las opciones más factibles y realistas para llegar a la meta de abstinencia. Iniciando la sesión el terapeuta revisará y analizará con el usuario la hoja de registro de consumo de cigarros y de síntomas de abstinencia. También se comentará sobre la meta establecida la sesión anterior a partir del

cumplimiento parcial o total de la meta, sobre las actividades que realizó, cuáles le funcionaron, cómo se ha sentido, sobre las principales barreras con las que se encontró en su intento por cumplir la meta establecida y sobre los beneficios que ha identificado a partir del cambio en su consumo de cigarros. Después se revisa el folleto 3, específicamente las secciones sobre el planteamiento de opciones para las situaciones de consumo excesivo y la del desarrollo del plan de acción. En la sección en la que se proponen diferentes opciones para enfrentar la situación, es importante que de las opciones planteadas elija la que sea viable, es decir, la que sea más realista y tenga la mayor posibilidad de llevar a cabo. En el desarrollo del plan de acción para cada una de las tres principales situaciones de riesgo, el usuario debe describir detalladamente lo que va a hacer en el supuesto de que en un futuro estuviera en esa situación y tuviera el propósito de no fumar. Como último paso, se discute la meta y las estrategias que se llevarán a cabo para la siguiente sesión, recordando que la siguiente sesión es la última de acuerdo a la estructura del programa. En el caso de que el patrón de consumo actual no esté cercano a la abstinencia se darán una o hasta dos sesiones adicionales y para poder llegar a la abstinencia. Al término de la sesión, se entregan hojas nuevas de registro de consumo de cigarros y síntomas de abstinencia; se explica al usuario que la siguiente sesión deberá llevar la hoja de registro y se le cita una semana o quince días después.

*Cuarta sesión de tratamiento.* Tiene como propósito la revisión y retroalimentación de los avances logrados con relación a los planes de acción desarrollados por el usuario. Al inicio de la sesión el terapeuta deberá revisar con el usuario la hoja de registro de consumo de cigarros y la hoja de registro de síntomas de abstinencia. Se discutirá sobre si el usuario logró llegar a la abstinencia y mantenerse por siete días continuos; si no logró cumplir los días de abstinencia se deberá analizar qué fue lo que sucedió a partir de las estrategias que realizó, cuáles le sirvieron y cuáles han sido las principales dificultades encontradas para el cumplimiento de la meta. Se aplican los siguientes instrumentos:

- Test de Fagerström de dependencia de la nicotina
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional
- Escala de estados de disposición al cambio y el anhelo de tratamiento

Se presentan los resultados al usuario de la aplicación inicial y se comparan con la aplicación final, se muestra una gráfica del patrón de consumo que se tenía antes del tratamiento, durante el tratamiento, y se analizan los problemas o dificultades con las que se ha encontrado. Cuando un usuario logró mantenerse sin fumar, se analizan las estrategias que se emplearán en los próximos días para mantenerse en abstinencia; se discute sobre cuál será el plan de acción en el supuesto de que en un futuro el usuario tenga una caída o una recaída, con el fin de que la persona no abandone el intento de mantenerse sin fumar. A partir de lo analizado y los resultados obtenidos se plantea la posibilidad de tener sesiones adicionales para poder llegar a la abstinencia. Se explica al usuario que debe continuar completando hoja de registro de consumo y de síntomas de abstinencia y se dan hojas nuevas. Por último, se enfatiza que en caso de que vuelva a fumar, puede llamar para solicitar ayuda adicional. Si el usuario no solicitó sesiones adicionales, se programa el primer seguimiento para un mes, teniendo el acuerdo de llamar días antes para confirmar día y hora. Se cierra la sesión explicando al usuario que para la sesión de seguimiento deberá llevar las hojas de registro.

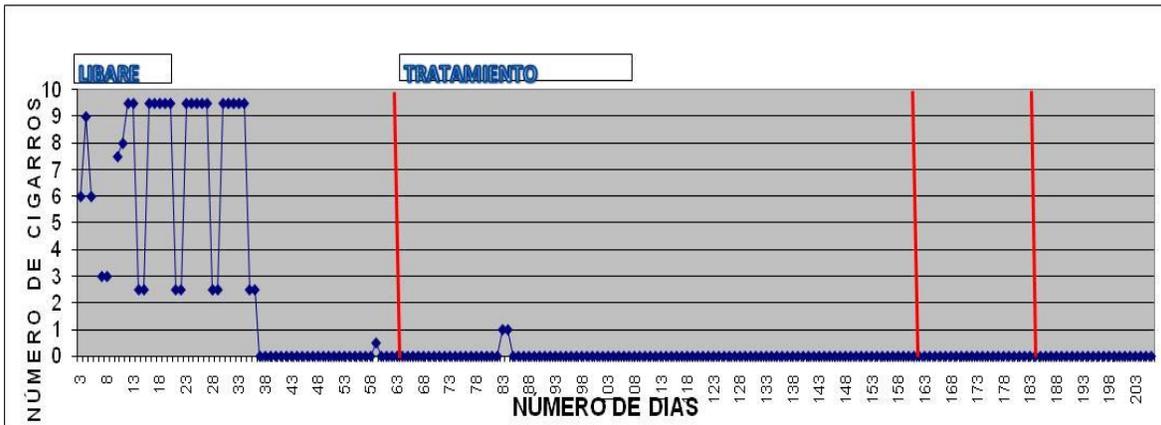
Sesiones de seguimiento. Estas sesiones tienen como propósito conocer si la abstinencia se mantuvo a través del tiempo, es decir, al mes, a los tres meses y a los seis meses. Por lo que estas sesiones se centran en el análisis del mantenimiento o no de la abstinencia, se indaga cómo se ha sentido el usuario en los últimos días, se le pregunta si le han funcionado las estrategias que se plantearon en los folletos y si aplicó otras, sobre cuáles fueron las principales barreras con las que se encontró y si surgieron nuevas situaciones de riesgo y cómo las enfrentó. Asimismo en cada uno de los seguimientos se aplican los siguientes instrumentos: Cuestionario de tolerancia para fumadores de Fagerström, cuestionario breve de confianza situacional, escala de estados de disposición al cambio y el anhelo de tratamiento, así como la línea base retrospectiva. En el último seguimiento se explica que con esa sesión termina el programa de intervención breve para fumadores, se pregunta si tiene dudas o sugerencias y se le comenta que en caso de que vuelva a fumar, puede llamar para solicitar ayuda adicional.

A continuación se realiza la exposición concisa de dos casos atendidos que concluyeron el tratamiento:

**CASO 1.-** Se trata de una persona del sexo masculino, cuya edad es de 49 años, con escolaridad de secundaria, casado durante 11 años y es empleado de la farmacia en un hospital y en espera de su primer hijo cuando inicia el tratamiento. Su consumo era de 8 cigarros diarios y llega a tratamiento con una semana de abstinencia, menciona sentirse inseguro de mantenerse así, debido a que tuvo anteriormente 5 intentos para abandonarlo e incrementaba su consumo.

El usuario acudió de manera puntual a sus sesiones, y el material de apoyo se trabajó pensando en el tiempo que consumió y los planes de acción se manejaron como planes de respaldo para prevenir recaídas. El usuario, solía consumir frente a la presión en su trabajo, después de comer, antes de ir a dormir, esperando el transporte, al caminar, cuando se enojaba y al tomar café o alcohol. Por lo que se hizo cambio de pensamiento, nuevas conductas eficientes que le ayudaran a enfrentar momentos específicos, cambiar el tipo de bebidas durante las dos primeras semanas, entrenamiento en habilidades sociales y se le dio una explicación amplia del proceso de desintoxicación por el que estaba transitando, el síndrome de abstinencia, los daños a la salud y otros beneficios de los que podría gozar ahora en su abstinencia. Cabe señalar que al hablar del fumador pasivo, se hizo alusión al embarazo de su esposa que estaba esperando su primer hijo, los daños que podría tener el bebé y su esposa, mencionando que ese fue uno de sus grandes motivos para abandonar el consumo y mantenerse sin consumo; asimismo la parte económica y de salud eran otros dos de sus principales motivos.

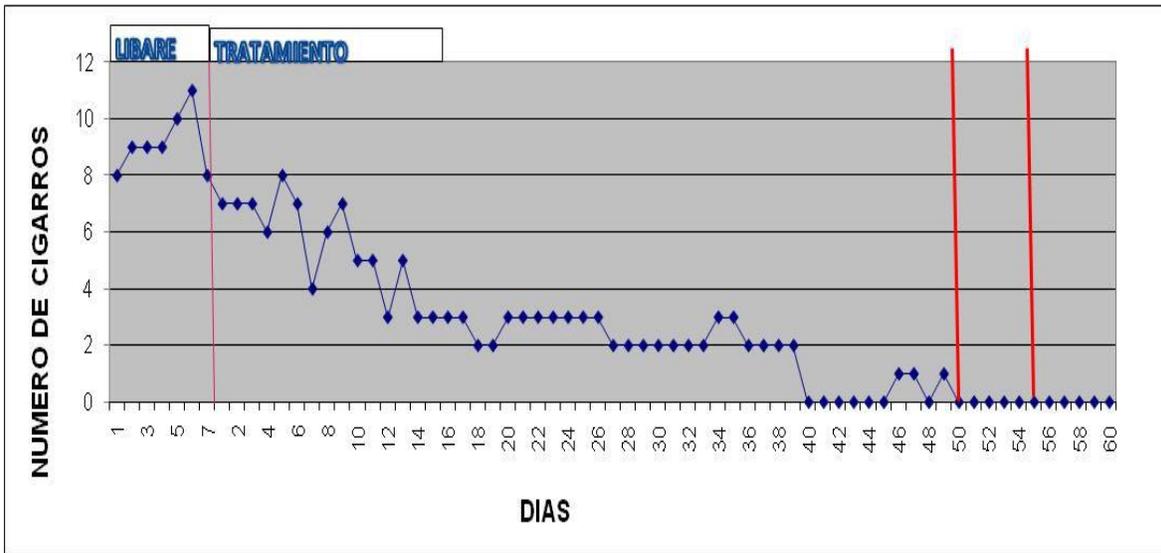
## RESULTADOS CASO 1



El usuario se mantuvo en abstinencia durante el primer y segundo seguimiento, comento que su bebé nació sano y eso reforzó su motivación para continuar en abstinencia, asimismo empezó a ahorrar, por lo que ha visto beneficios en la parte económica y su salud se vio beneficiada debido a que se bronquitis pudo controlarse y no se ha vuelto a presentar. Asimismo comenta que se ha enfrentado a sus situaciones de riesgo y ha podido enfrentarlas a través de los planes que se trabajaron y otros que él fue implementando posteriormente. Durante el tercer seguimiento, el usuario comenta que consumió cinco cigarros en una ocasión, al explorar los motivos que lo llevaron al consumo comenta que su padre falleció dos meses atrás y se ha sentido triste y estresado por lo que se trabajan dichas situaciones así como manejo de la tristeza y técnicas de relajación y se elaboran planes de acción. Asimismo se motiva al usuario y se enfatizan los beneficios que le ha traído el mantenerse sin consumo.

**CASO 2.-** Se trata de un joven de 30 años, con escolaridad de licenciatura, es soltero, vive solo y trabaja como empleado en un teatro bar, cabe señalar que el usuario consume marihuana pero no le ha traído consecuencias negativas y comenta que no quiere abandonar su consumo, únicamente el consumo de tabaco. El usuario consumía al inicio del tratamiento de 10 y 14 cigarros diarios. Asiste a tratamiento porque el consumo le ha traído pérdidas económicas, comento que no quería seguir dependiendo del cigarro para calmar su ansiedad y tener que recurrir a él frente a sus problemas. Sus situaciones de riesgo son principalmente al tomar café, estar platicando con alguien que este fumando, frente a las presiones en su trabajo, al ir al baño. Se realizaron planes de acción para cada situación de riesgo y el usuario opto por el método de Régina, no obstante se adicionaron dos sesiones más de tratamiento, dado que aún no llegaba a la abstinencia.

## RESULTADOS CASO 2



El usuario se ha mantenido durante doce meses en abstinencia, comenta que ya no presenta síntomas del síndrome de abstinencia, que presentó durante los días de su reducción y el primer mes de abstinencia. Ha podido observar los beneficios de mantenerse en abstinencia y señala que no siente el deseo de consumir. En este sentido es importante mencionar que su consumo de marihuana se redujo, si bien no fué el objetivo del programa, el usuario comenta que noto una disminución en su consumo en momentos de presión en su trabajo, poniendo en marcha algunos de los planes de acción que empleaba frente a su consumo de tabaco. El usuario es muy analítico, creativo y reflexivo. Ha podido observar beneficios en su salud, en su economía y en sus relaciones sociales, comenta sentirse contento de haber logrado erradicar el consumo y poder estar en un café sin tener el deseo de salir a consumir tabaco. Durante su último seguimiento el usuario comenta que en poco tiempo regresará al Centro para que su siguiente meta sea erradicar completamente el consumo de marihuana, por lo que se motiva su decisión y se reitera el servicio para ingresar al programa de tratamiento correspondiente en el momento que él así lo decida.

### **3) Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (PSC) (Barragán, Flores, Morales, González y Martínez, 2005)**

Se trata de un programa dirigido a usuarios crónicos con dependencia a sustancias adictivas, cuyo objetivo general consiste en hacer que un estilo de vida sin alcohol o drogas sea más probable que el de uno con el alcohol o las drogas como eje primordial. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el Programa de Satisfactores Cotidianos enseña al usuario las habilidades necesarias para crear los estilos de vida prosociales deseados.

#### **Antecedentes**

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es un modelo de tratamiento para usuarios con dependencia a alcohol y otras drogas (Barragán, 2005) que se basa en el Community Reinforcement Approach (CRA) propuesto por Hunt y Azrin (1973).

Para la adaptación del CRA a población mexicana Barragán, González, Medina-Mora, y Ayala (2005) realizaron un estudio piloto donde se estructuró la terapia con apego al modelo original de Hunt y Azrin (1973). En este estudio se detectaron deficiencias del modelo para nuestra población, por lo que Barragán (2005) en un estudio siguiente modificó los componentes de: Habilidades para rehusarse al consumo, habilidades de comunicación y se creó el componente de habilidades en autocontrol emocional, este último se incorpora tras identificar que emociones desagradables (enojo, tristeza, ansiedad y celos) son los principales disparadores de recaídas.

#### **Características y ventajas**

- Se adaptan las técnicas del Tratamiento al contexto específico de Vida de cada Usuario
- El Usuario aprende a ser su propio terapeuta
- Se le facilita al usuario el aprendizaje de las nuevas conductas y técnicas mediante modelos en los que el terapeuta le enseña cómo aplicarlas.
- Ofrece entrenamiento a sus familiares, cuando el usuario así lo elija para favorecerle un ambiente de menos conflicto y tensión, por uno de mayor apoyo y entendimiento.
- Ofrece apoyo Interdisciplinario del Instituto Nacional de Psiquiatría cuando el caso así lo requiera.

## Instrumentos

ADMISIÓN	EVALUACIÓN 1	EVALUACIÓN 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) (Ayala, Cárdenas, Echeverría &amp; Gutiérrez, 1998)</li> <li>• Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD) (Skinner, 1982)</li> <li>• Escala de Símbolos y Dígitos WAIS</li> <li>• Escala de Repetición de Dígitos del WAIS</li> <li>• Escala de Satisfacción General (Azrin, Naster &amp; Jones, 1973)</li> <li>• Auto-registro (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (Sobell, &amp; Sobell, 1992)</li> <li>• Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) (Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998)</li> <li>• Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) (De León y Pérez, 2001)</li> <li>• Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) (Echeverría y Ayala, 1977)</li> <li>• Cuestionario de Auto-confianza de Consumo de Drogas (CACD) (De León y Pérez, 2001)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventario de Beck de Depresión (Jurado, et al, 1998)</li> <li>• Inventario de Beck de Ansiedad (Robles, Varela, Jurado &amp; Páez, 2001)</li> </ul>

## Criterios de inclusión

Criterios de Inclusión	Especificación del Criterio
<u>1.a Nivel de Dependencia y/o</u> <u>1.b Cantidad de Consumo</u> <u>(1)</u>	<b>Alcohol:</b> <u>Medio</u> <u>Severo</u> <b>Drogas:</b> <u>Substancial</u> <u>Severo</u> <b>Ocasión de Consumo:</b> <u>Hombres:</u> 14 ó más tragos estándar <u>Mujeres:</u> 10 ó más tragos estándar <b>Consumo Semanal:</b> <u>Hombres:</u> 20 ó más tragos estándar <u>Mujer:</u> 15 ó más tragos estándar
<u>2. Recaídas, Internamientos, Tratamientos previos</u>	Si
<u>3. Pérdidas en Diferentes áreas de Vida Cotidiana</u>	Tener alguna(s) pérdidas/daños/alteraciones al menos en 3 áreas. Física, Laboral/ Académico, Social, Legal, Psicológico, Económico., Personal
<u>4. Edad</u>	Tener 18 años ó más
<u>5. Rendimiento</u>	Saber leer y escribir
<u>6. Funcionamiento Cognitivo</u>	6 puntos o superior

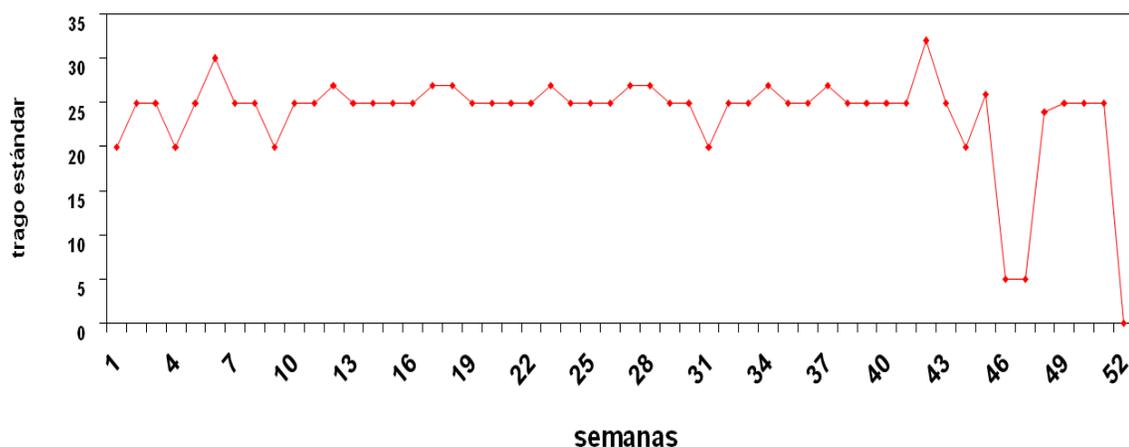
A continuación se expone de manera general la información del usuario GHS atendido con el Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas.

### **USUARIO GHS**

- Sexo: masculino
- Edad: 37 años
- Escolaridad: 4º. Semestre de preparatoria
- Estado civil: Casado
- Ocupación: Taxista
- Años de consumo: 10 años
- Función cognitiva : Puntaje= 9 (Subescala de repetición de símbolos y dígitos del WAIS III-R)
- Sustancia principal y patrón de consumo:
- No. De Tx. previos= ninguno, asistió sólo a una plática en NA.
- Problemas asociados al consumo: Laboral (Pérdida de empleo, ausentismo laboral, retardos), Familiar (conflictos recurrentes con su pareja y sus hijos, falta de comunicación, desinterés, abandono, violencia verbal, gritos, golpes, amenazas), social (aislamiento, pleitos, pérdida de amistades), psicológico (ansiedad, culpa, enojo, pérdida de confianza, falta de concentración, irritabilidad, tristeza), Económicos (deudas, falta de dinero) , salud (gastritis, dolor de cabeza, mareos, nauseas, dificultad para respirar)
- Antecedentes familiares de consumo= el usuario consumía alcohol desde los 7 años, debido a que su abuela elaboraba pulque y era lo que bebían cotidianamente sus primos y hermanos ( alcohol, tabaco y drogas, tales como cocaína y mariguana)
- Cantidad de consumo promedio por ocasión durante el Tx= .5 grs
- Período máximo de abstinencia del consumo de crack antes del Tx= 1 semana
- Período máximo de abstinencia durante el Tx= 189 días

A continuación se exponen las gráficas y cuadro Pre y Pos test de la evaluación realizada al caso GHS, en donde el objetivo principal de esta sesión es evaluar el patrón de consumo del usuario, las situaciones de riesgo de consumo y el nivel de auto-eficacia para resistirse al consumo; así como el nivel de depresión y ansiedad del usuario.

## PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL



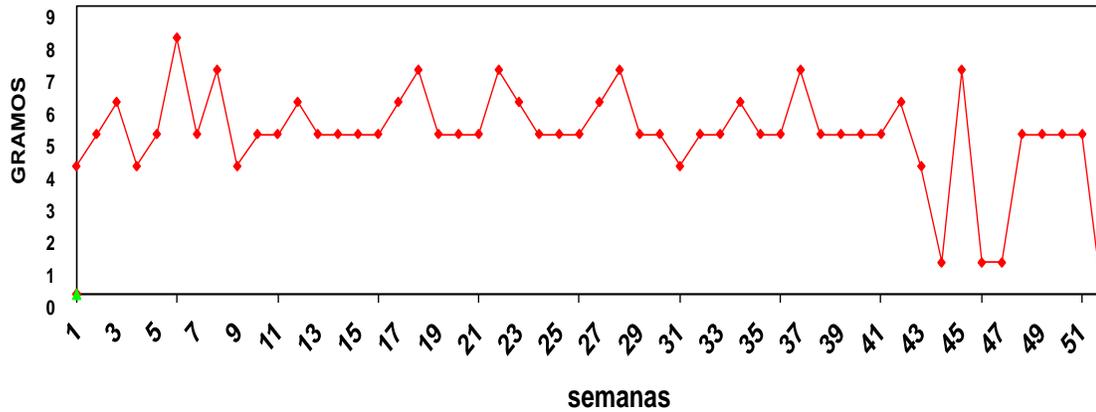
Total anual= **1238** t.e.

Promedio Semanal= **23.9** t.e.

y **3.5** t.e. por ocasión de consumo

Patrón de Consumo de Alcohol en el Usuario **G.H.S.** Antes del Tratamiento. Su consumo en el año anterior fue de **1238** número total de tragos estándar, correspondiendo a un promedio semanal de **23.9** tragos estándar; **244** ocasiones de consumo y **3,5** t.e. promedio por ocasión de consumo; **51** semanas con consumo; mayor período de abstinencia **8** días; **258** t.e en **viernes**; **225** te. en **domingo**.

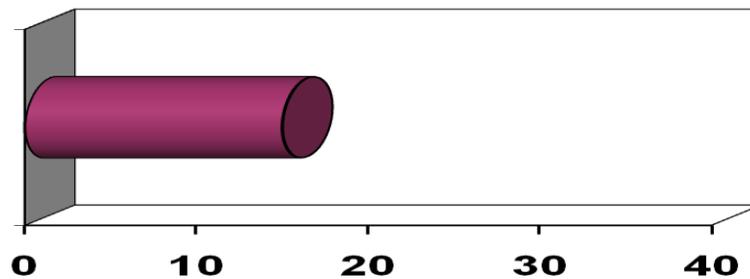
## PATRON DE CONSUMO DE CRACK



- Total anual= 269 grs.
- Promedio Semanal= 5.2 grs.
- y .75 grs. por ocasión de consumo

Patrón de Consumo de Crack en el Usuario **G.H.S** antes del Tratamiento. Su consumo en el año anterior fue de 269 número total de gramos, correspondiendo a un promedio semanal de 5.2 gramos; 244 ocasiones de consumo y 7.5 grs. promedio por ocasión de consumo; 41 semanas con consumo; mayor período de abstinencia 8 días; 56 grs. en viernes; 45 grs. en domingo.

## NIVEL DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

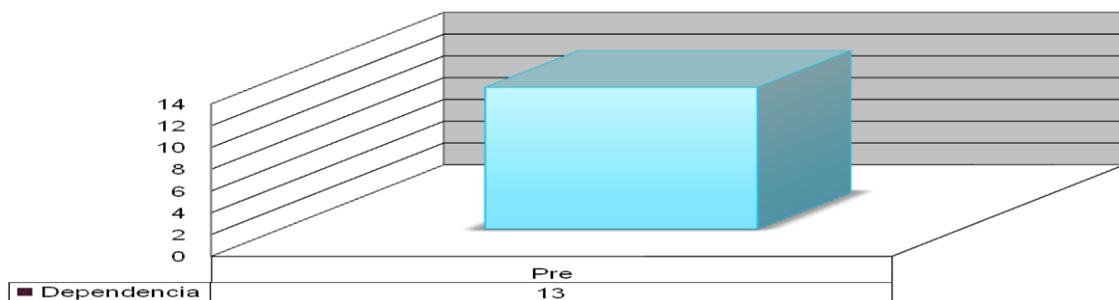


Nivel de dependencia: Moderada (15 puntos) Antes del tratamiento

Presentando: Crudas, Vómitos, dolor estomacal o retortijones, tropezarse, tambaleos bochornos, sudoración con fiebre, lagunas mentales (perdida de memoria), terminar bebiendo en exceso, pensamiento o ideas confusas poco claras, miedo y sensaciones extrañas. Intentos fallidos para dejar de beber, beber rápidamente y problemas para dejar de beber después de una o dos copas.

Dependencia en CIDI: Consumo en cantidades o tiempo más prolongado acostumbrado, tolerancia a sus efectos, deseos persistentes/esfuerzos poco exitosos para dejarlo, uso continuo a pesar de problemas exacerbados por su consumo.

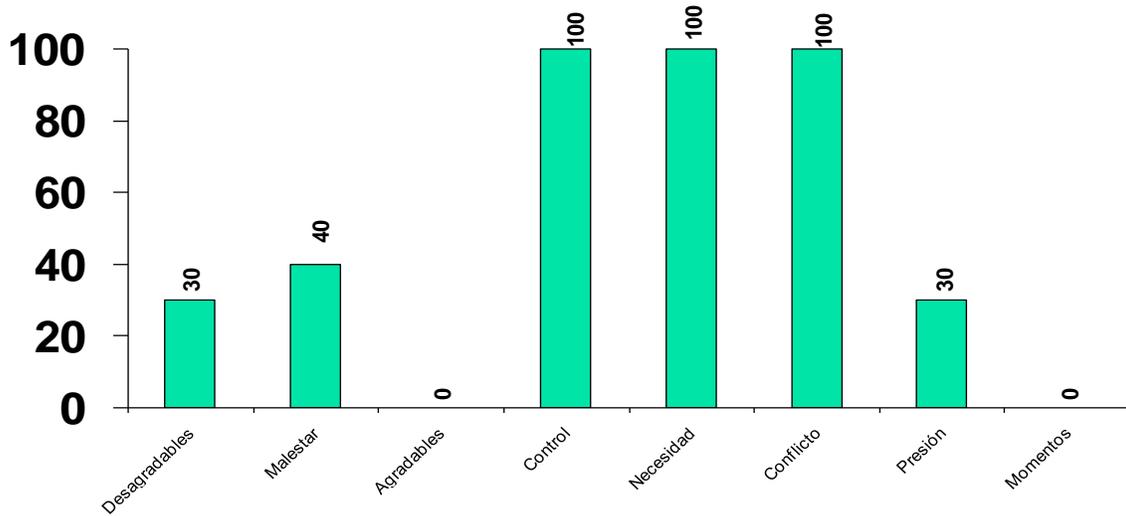
## NIVEL DE DEPENDENCIA A LAS DROGAS (CRACK)



Puntaje CAD=13.- Nivel sustancial.

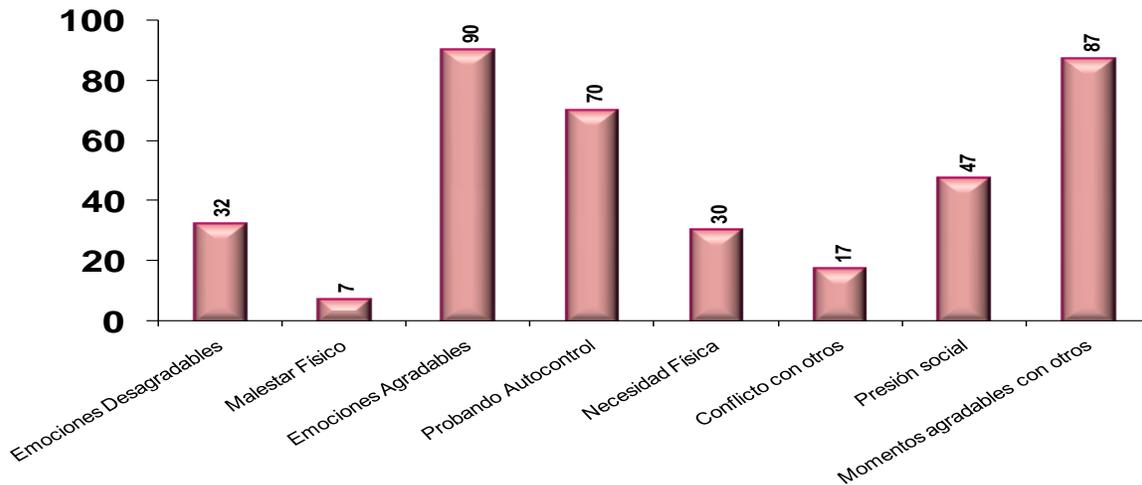
El usuario reportó síntomas de dependencia tales como problemas en las diferentes áreas de funcionamiento familiar, emocional, laboral, económica, legal, personal, social, comunicación, salud. Así como tolerancia e intentos fallidos por dejar la sustancia.

### AUTOEFICACIA PARA RESISTIRSE AL CONSUMO DE ALCOHOL Y CRACK



Las áreas de mayor inseguridad son: Emociones Agradables (0%); Momentos gradables (0%); Emociones Desagradables (30%); Presión Social (30%) y Malestar físico (40%); Prom. Pre= 50%

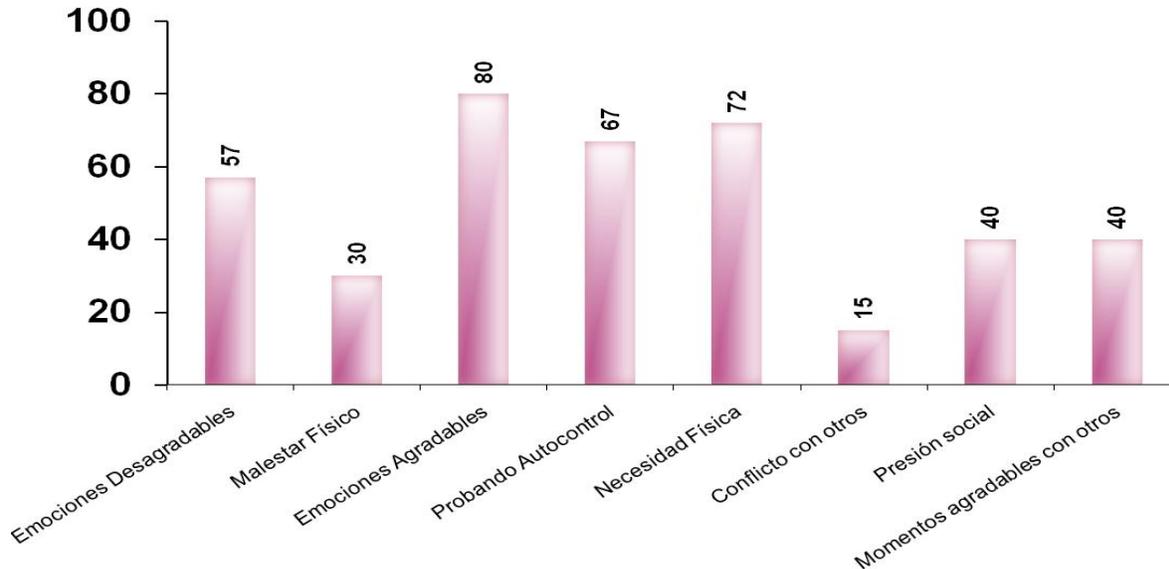
### PRECIPITADORES DEL CONSUMO DE ALCOHOL



#### Alto Riesgo

Emociones agradables (90%), Momentos Agradables con otros (87%), Probando autocontrol (70%). Presión Social (47%), Emociones desagradables (32%). Situaciones Precipitadores del Consumo de Alcohol en el Usuario G.H.S. Antes del Tratamiento. Prom. Pre=47.3%.

## PRECIPITADORES DEL CONSUMO DE CRACK

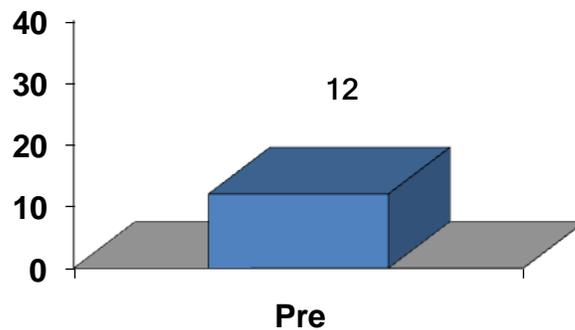


### Alto Riesgo

Emociones agradables (80%), Necesidad física (72%), Probando autocontrol (67%). Emociones desagradables (57%) Presión Social (40%), Momentos agradables con otros (40%).

Situaciones Precipitadores del Consumo de Crack en el Usuario G.H.S. Antes del Tratamiento. Prom. Pre=50%.

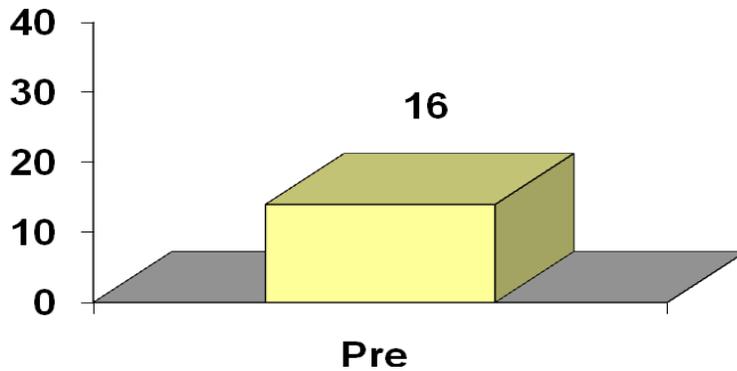
## NIVEL DE DEPRESION



Nivel de Depresión "Leve" (12 pts.). Antes del tratamiento.

El usuario reportó al inicio del tratamiento sentimiento de fracaso, descorazonado por el futuro, culpable, irritable, desilusionado, autocritica, cansancio, pérdida de interés, problemas físicos, dificultad para tomar decisiones.

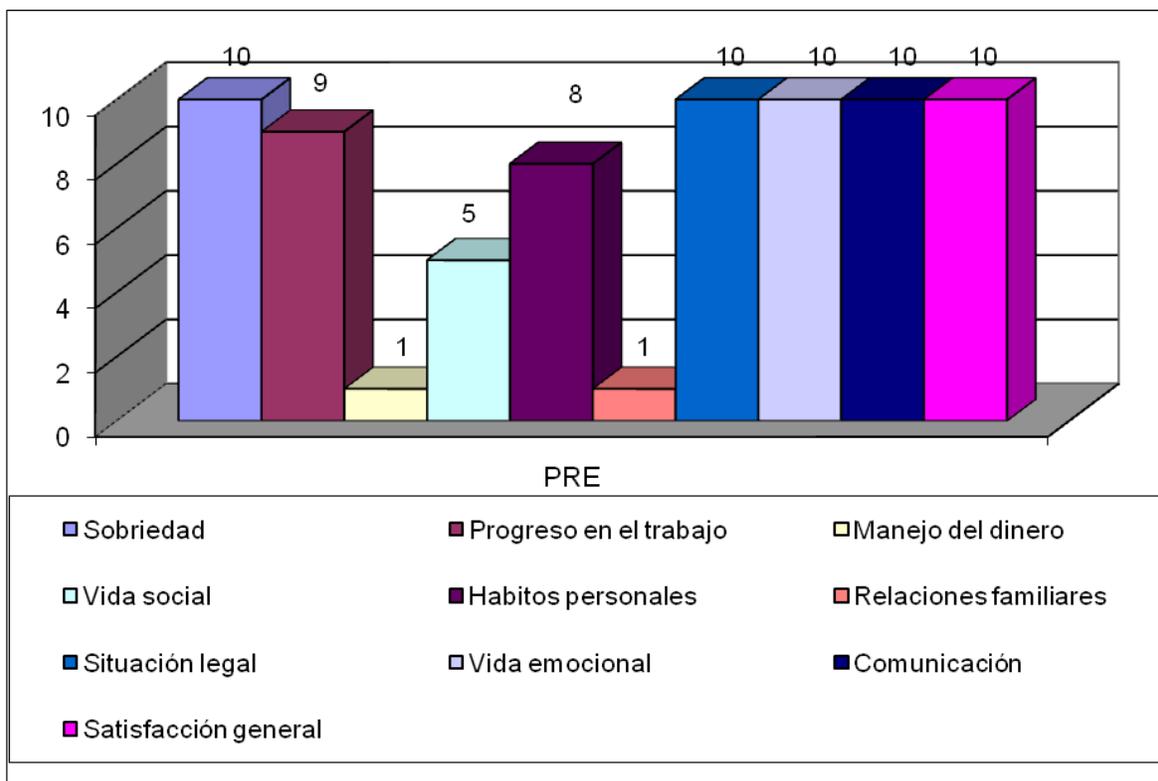
### NIVEL DE ANSIEDAD



Nivel de Ansiedad “Moderada” (16 ptos.) Antes del Tratamiento.

El usuario reportó bochorno, debilidad, nerviosismo, dificultad para relajarse, mareo, opresión en el pecho, inseguridad, manos temblorosas, pérdida de control, dificultad para respirar.

### ESCALA DE SATISFACCIÓN GENERAL



### CUADRO EXPLICATIVO PRE Y POS EVALUACION DEL CASO GHS

CCS		ISCD		BECK		Satisfacción General		
Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
ED	30	90	57	15	Ansiedad=16	12	Consumo: 2	9
MF	40	100	30	0	Moderada	Leve	Trabajo: 5	10
EA	0	100	80	0			Dinero: 1	9
PA	100	100	67	0			Actividades Recreativas: 5	9
NF	100	100	72	0	Depresión=12	9	Con padres y familiares:7	10
CO	100	90	15	10	Leve	Mínima	Pareja: 1	8
PS	30	95	40	0			Hábitos personales: 7	10
MA	0	100	40	0			Situación legal: 10	10
							Vida emocional: 7	9
							Comunicación: 6	9
							Satisfacción general: 5	9

Los componentes abordados durante el tratamiento fueron:

**Análisis funcional:** Consiste en reforzar y motivar al usuario a la abstinencia, orientándolo a la elaboración del análisis funcional de su conducta de consumo con el objetivo de reconocer sus precipitadores externos e internos, sus consecuencias positivas y negativas con la finalidad de que elabore planes de acción para enfrentar las situaciones que lo ponen en riesgo.

**Muestra de abstinencia:** Busca motivar al usuario a adquirir un compromiso para mantenerse en abstinencia por el período de tiempo que acuerde en la sesión con el terapeuta.

**Búsqueda de empleo:** Que el usuario adquiera habilidades para conseguir o mantener un empleo satisfactorio y libre de precipitadores al consumo.

**Rehusarse al consumo:** Consiste en que el usuario afronte situaciones de riesgo de consumo ante presión social externa o ante precipitadores internos referentes a los

pensamientos que activan la conducta de consumo y que aprenda a enfrentar eficazmente estas situaciones mediante el rechazo y la reestructuración cognitiva . Las estrategias empleadas para rehusar la presión social son: 1. Negarse asertivamente. 2. Sugerir alternativas. 3. Cambiar el tema de la plática. 4. Ofrecer justificación. 5. Interrumpir interacción. 6. Confrontar al otro.

**Prevención de recaídas:** Que el usuario aprenda a anticipar situaciones de riesgo para prevenir recaídas.

**Metas de vida:** Consiste en identificar el nivel de satisfacción del usuario en cada una de las áreas de su vida analizando los obstáculos para alcanzar las metas en cada una de estas áreas y realizar planes de acción para poder lograrlas.

### **Manejo de emociones:**

- *Control de emociones (Ansiedad):* Consiste en que el usuario aprenda las estrategias necesarias que le permitan controlar su ansiedad. Las estrategias incluyen: 1. Respiración profunda, 2. Tensión-Distensión y 3. Relajación con imaginación.
- *Control de emociones (enojo):* Consiste en que el usuario aprenda las estrategias necesarias que le permitan controlar el enojo. Las cuales son: Tiempo fuera. 2. Distracción del pensamiento. 3. Auto instrucciones positivas.
- *Control de emociones (tristeza):* Consiste en que el usuario aprenda a controlar la tristeza por medio de diferentes estrategias como: 1. Reestructuración positiva, 2. Realización de actividades agradables. 3. Búsqueda de lo positivo.

**Habilidades de comunicación:** Consiste en que el usuario mejore la comunicación con las personas con las que interactúa para que favorezca en la interacción social la obtención de apoyo, afecto, de negociaciones. Las habilidades empleadas son: 1. Iniciar conversaciones. 2. Saber escuchar. 3. Ofrecer entendimiento. 4. Ofrecer ayuda 5. Asumir o compartir responsabilidad. 6. Dar reconocimiento. 7. Recibir reconocimiento. 8. Compartir sentimientos. 9. Hacer críticas. 10. Recibir críticas. 11. Solicitar ayuda. 12. Expresar desacuerdo.

**Consejo marital:** Consiste en que el usuario incrementa su satisfacción marital mediante el aprendizaje de habilidades que le permitan mejorar su comunicación de pareja, intercambiarse gratificantes recíprocos y resolver problemas mediante el uso de peticiones positivas para el establecimiento de acuerdos.

**Entrenamiento al otro significativo:** Que la persona que acompaña al usuario (el otro significativo) aprenda conductas eficientes para reforzar su abstinencia y prevenir recaídas, así como favorecer un ambiente familiar de apoyo y propiciar momentos agradables con el usuario.

Al término del tratamiento el usuario mostro cambios significativos después del tratamiento con relación a una mayor autoeficacia para resistirse al consumo frente a emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, presión social y momentos agradables, asimismo se observa una ligera disminución con relación a conflictos con otros, esto se debe a que dentro de los cambios que tuvo fue alejarse de

personas consumidoras y hacer planes para rechazar el consumo, mismos que el usuario practicó tras los modelamientos.

Asimismo se observa diferencia con relación a los precipitadores del consumo de crack antes y después del tratamiento. De igual forma se reportó menor nivel de síntomas relacionados con la ansiedad y depresión. Mientras que con relación a la satisfacción general el usuario reportó de manera significativa la elevación de las áreas de su vida tras el tratamiento.

Cabe señalar que durante el tratamiento al llevar dos meses de abstinencia se realizó un antidoping al usuario cuyo resultado fue negativo y se le entregó un reconocimiento, aspecto que le motivó aún más, comentando que estaba orgulloso, desintoxicado, que se sentía más seguro de haber tomado la decisión de asistir a tratamiento, con ánimo para continuar y obtener mayores beneficios de su abstinencia.

El usuario llegó a la abstinencia tanto de alcohol como de crack, manteniéndose sin consumo a lo largo de los seguimientos, reportando un año al momento sin consumo. Su esposa asistió al componente del *-Otro significativo-*, con el fin de entender el proceso por el que está transitando el usuario, aspecto que el mismo usuario notó, manifestando que si bien la responsabilidad de poner en práctica las habilidades, hacer uso de los planes y jalar componentes que sean necesarios, valora el hecho que su esposa e hija lo apoyen y que la relación entre ellos este mejorando.

## **1. Modelo de Atención para Familiares de Usuarios de Drogas y Alcohol (Natera, Orford, Tiburcio y Mora, 1998).**

El modelo busca ayudar a las familias a tomar conciencia de que ellas tienen la posibilidad de hacer algo en su propio beneficio a pesar de que el usuario no asista a tratamiento, empleando la entrevista motivacional. Se basa en la teoría del estrés enfrentamiento y sigue principios cognitivo-conductuales, es una Intervención breve (no más de 5 sesiones), no requiere profesionales expertos pero sí capacitados, puede ser incorporado a programas de Atención Primaria y en lugares no especializados en el tratamiento, puede ayudar a los familiares a encontrar soluciones o bien a canalizarlos adecuadamente, hablar del problema puede resultar un alivio para los familiares pues ayuda a clarificar su posición y elegir la mejor forma de enfrentar, es posible incorporar a otros familiares e incluso al usuario

Las tareas necesarias por parte del terapeuta son:

1. Escuchar con atención al familiar mientras describe los estresores y tensiones que ha experimentado
2. Proporcionar cualquier información que sea útil para el familiar, información que hasta el momento no haya recibido, en torno a las drogas mismas o sus efectos, o lo que es muy común, qué significa la palabra dependencia,
3. Explorar las formas de enfrentamiento y los dilemas por la experiencia del familiar, y cómo se puede intentar resolver esos dilemas.
4. Discutir y explorar con el familiar la forma en que puede mejorar los recursos de apoyo social hacía sí mismo y hacia la familia.
5. Considerar cualquier otra forma de ayuda profesional que sea indicada y si es posible, canalizar al familiar. Esto incluye la posibilidad de invitar, o en su caso canalizar al familiar-usuario, para tratamiento.

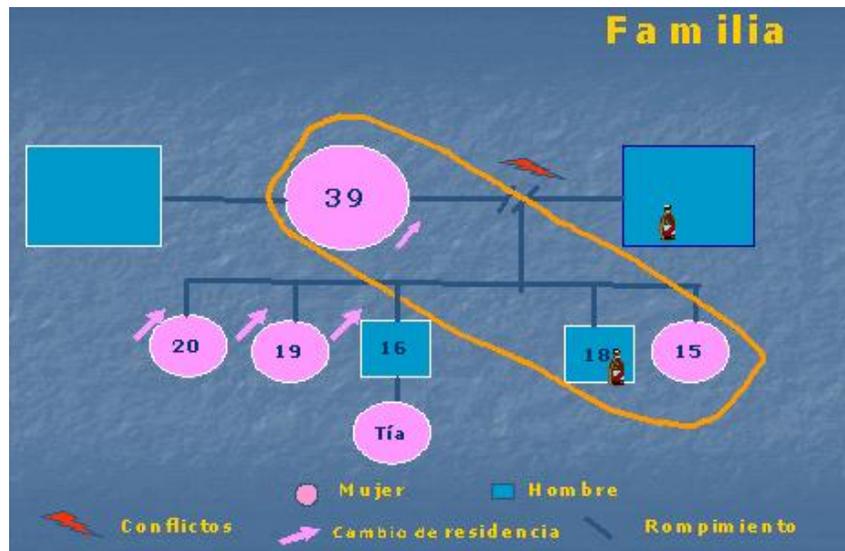
El objetivo general de la intervención consistió en analizar de qué forma el familiar ha enfrentado el consumo de sustancias de sus hijos y cuáles han sido los resultados obtenidos. En este sentido, lo que se busca es el bienestar del familiar, reducir la tensión y la culpa generada. El caso aquí expuesto se abordó como terapeuta debido a que el modelo se trabaja en pareja como terapeuta y coterapeuta, nuestra función es de escucha reflexiva e intervenir cuando sea necesario analizar la situación que ella esta viviendo.

En el programa de familia se atendió a una madre de dos jóvenes usuarios de drogas ilegales, uno de ellos consumía activo y el otro marihuana. Ella acude por que considera que no aguanta y no sabe como resolver “los problemas que trae cargando”. Las sesiones iniciaron de manera cordial y después de brindarle confianza, establecer una comunicación abierta y empática, se identificaron las principales manifestaciones de tensión generadas a partir del consumo de sus hijos para tener una mejor comprensión. Se buscó bajar su estrés mediante técnicas de relajación y el enojo que experimentaba con relación a la violencia familiar que vivía con su ex pareja. Logró comprender que no se trata de buscar culpables para saber porqué sus hijos consumen drogas, que ella esta haciendo algo para estar más tranquila y que su papel como familiar es tratar de buscar mejores formas de actuar para disminuir la tensión en la que viven ella y sus hijos, resaltando que sus hijos son personas independientes con decisiones propias. Se reforzó

el haber asistido a tratamiento y se hizo mención de que a partir de ese momento ella ha iniciado un cambio positivo dentro de su entorno familiar.

Previo al inicio de las sesiones se le aplicaron los cuestionarios: de síntomas, CES-D y el cuestionario de enfrentamiento a modo de evaluación de la sintomatología que pudiera presentar la señora y de la manera en que afronta la situación.

### FAMILIOGRAMA



#### Datos personales

**Edad:** 39

**Escolaridad:** Primaria

**Ocupación:** Mesera

**Estado civil:** Separada

**Parentesco con el usuario:** Madre

**Motivo de consulta:** Preocupación con relación al consumo de sus dos hijos varones.

#### Sesiones del tratamiento

##### Sesión 1.

Esta sesión tuvo varios objetivos a cumplir. Conocer a la señora y sus necesidades, crear un ambiente de rapport, empatía y de confianza, informar de lo que se trataran las sesiones en que se estará trabajando y bajar la tensión de la señora.

La señora menciona que uno de los problemas que ha tenido que enfrentar es la situación con el papá de sus hijos. Desde hace un tiempo ella y él ya no viven juntos, por el temperamento, incumplimiento y adicciones del señor. Menciona que él es muy agresivo, bebe mucho y tiende a consumir crack, no se ha preocupado por sus hijos, desaparece por días y a veces por meses. Él fue quien le propuso a ella consumir crack, ella acepto. La señora menciona que él no aporta ayuda de ningún tipo y mucho menos económica, por tal motivo ella es quien pagaba su alimento y hasta su droga. En

repetidas ocasiones ha intentado alejarse de él, pero ante ello él le rogaba que regresaran, ella accedía por sus hijos.

Comenta que él tiene hijos con otra señora con la que vivía antes de su relación, se separaron por la misma situación. Y ahora las dos mantienen una relación cordial de apoyo mutuo.

Ahora, después de un nuevo alejamiento del Sr., tiene la firme convicción de alejarse definitivamente de él. Esta recibiendo apoyo, tanto económico como moral, de su actual pareja sentimental. Éste señor lo conocía desde antes de mantener la relación con el papá de sus hijos, pero ella creyó que era mejor no tener nada serio con él debido a que se refiere a él como mujeriego, sin embargo siempre estuvo como apoyo para ella. Por esta relación ha recibido críticas por parte de su hermana. Él padre de los niños ha querido ocupar esta relación para poner en contra de ella a sus hijos, pero menciona que los hijos comienzan a entender la situación y que ya no le piden que regrese con él y entienden su nueva relación.

Entre toda esta problemática, comenta que siente que toda esta situación ha llevado a sus hijos a consumir y que ella tiene parte de culpa por no saber manejarla de mejor manera. Y también por haber consumido, así que decidió no volver hacerlo para poder ayudarlos sin que ellos puedan decir que ella también consume.

Ella misma menciona que es como si viniera cargando un bulto en la espalda con piedras y siente la necesidad de ir vaciándolo para sentirse mejor. Ahora que vienen sus hijos a terapia para dejar de consumir, ella se siente con la fortaleza de comenzar de nuevo y ayudarlos y a ella misma. Habla de dejar a su marido definitivamente pues ya no quiere dejarse ofender, quiere que sus hijos salgan de esta situación para estar con ellos y brindarles todo el apoyo que pueda, asimismo piensa rentar un cuarto para estar con sus hijos alejados de su papá. Por el cambio de ánimo que tuvo la señora después de la sesión, consideramos que se cumplieron los objetivos de la sesión, creando un ambiente de confianza y empatía.

## **Sesión 2**

Durante esta sesión, los objetivos son crear un ambiente de confianza y de rapport, hacer un resumen de lo visto en la sesión anterior y explorar el reconocimiento de algunas de las formas de enfrentar la problemática generada en la familia, con el fin de reducir la tensión dentro de esta, explorando los comportamientos emocionales y de pensamiento que ha podido emplear con relación al consumo de sus hijos.

Cabe señalar que la señora acudió puntualmente a la cita, de buen humor, arreglada, comentando que había dormido pocas horas dado que había salido a las tres de la mañana del trabajo. Refiere sentirse más tranquila que la sesión anterior. Llega acompañando a su hijo varón más pequeño a su cita. Nos comenta que de la sesión anterior a ésta se ha sentido con la fuerza para luchar por ella y por sus hijos, se siente bien y apoyada por su madre, su hermana y nosotras. Ya encontró el cuarto para vivir con sus hijos y que poco a poco irán amueblándolo, aunque sea con muebles de segundo uso.

El tener el cuarto significa mucho, pues a su hijo varón mayor le prometió que tendrían el cuarto y estaría apoyado por ella y siente que le cumplió. Por el momento el menor no vive con ellos, pues como una estrategia familiar para su recuperación, decidieron que se fuera a vivir con su tía, para que se alejara de sus amigos con quienes consumía.

Hasta el momento las cosas van tomando un camino favorable, dice ella, pues su hijo mayor entro a trabajar en una cocina, junto con su hermana de 15 años la más chica, su hijo menor va bien con su tratamiento, bueno ahora dice que no tenía muchas ganas de venir, pero que ella lo convenció diciéndole que tenían un trato, echarle ganas ambos y salir adelante.

Sin embargo, menciona una vez más la preocupación acerca de la relación con su ex pareja, señalando que hace comentarios negativos a sus hijos respecto a ella y su molestia general hacia él, así como temor a la violencia de su ex pareja. En este momento la señora comienza a llorar y posteriormente se tranquiliza mencionando que ha salido adelante sin él y que se siente bien de haberse alejado, debido a que ahora es más independiente, puede tener amigos, reír con ellos, ya no se droga ni siente la necesidad de hacerlo y en general se percibe más segura y optimista de salir adelante, a pesar de las carencias económicas o emocionales que presenta.

Posteriormente se le pidió a la señora que pensará en la última de las ocasiones en que sus hijos consumieron sustancias y qué fue lo que hizo, cómo se sintió y que ventajas y desventajas encontró respecto a la forma de enfrentar esta situación, señalando que es diferente la forma de hacerlo con cada uno de sus hijos. Refiere que con el hijo mayor de 18 años es más estricta, más rígida, tiene que ser más directiva, e incluso amenaza, chantajea, regaña o grita, identificando en este sentido que emplea distintos estilos de enfrentar la situación siendo *emocional, controlador y confrontador*, sin embargo le ha resultado más ser confrontador. En el caso de su hijo de 16 años comenta ser más tranquila, platica con él cuando esta sin el efecto de la sustancia, menciona que es una relación de amigos, que juntos saldrán adelante y señala que le da este trato porque es más tranquilo, existe mayor cercanía y apego, en este sentido se identifica que predomina un estilo *apoyador, tolerante y emocional*, no obstante le ha funcionado más ser apoyador con él dado que ha motivado al menor a seguir asistiendo a sus sesiones de tratamiento, le comenta de los beneficios que va a traer consigo y que ambos están trabajando para salir adelante. La señora considera que la forma como ha enfrentado la situación de consumo de sus hijos le ha funcionado más con su hijo menor, dado que le es más complicado hablar con el mayor, se siente ignorada y se tensa. Asimismo la señora comenta que a veces se siente culpable porque sólo puede verlos por la noche o por la mañana un momento porque su trabajo se lo impide, sin embargo es la hija menor la que se ha percatado de forma más cercana y evidente del comportamiento de sus hermanos cuando estos llegan de madrugada, comentando lo sucedido a la madre, es por ello que la madre hace referencia a ella como "*una mamá chiquita*".

Asimismo se creo discrepancia, haciéndole ver que diferencia existe entre la conducta actual y los cambios que desea hacer con relación a la manera que ha enfrentado el consumo de sus hijos, asimismo se formularon preguntas que pudieran ayudarle a encontrar otras posibles formas de enfrentar el consumo de sus hijos, por ejemplo: ¿Hay alguna forma de enfrentar que no se ha intentado? ¿Es posible ponerla en práctica? ¿Bajo qué circunstancias? o ¿Qué más necesitaría para poder responder de una manera

diferente?. Al respecto comenta que buscará apoyarlos, motivarlos a que continúen estudiando, poner límites claros y cumplir reglas en casa.

Al finalizar la sesión comenta que va a comprometerse para lograr los cambios antes mencionados con relación a la dinámica y las conductas que se han ido postergando y que ha visto que no han funcionado, comenta que aunque es más difícil de convencer y de tratar a su hijos mayor lo va seguir haciendo para que salga adelante, que regrese a tratamiento y deje de consumir drogas o cometer robos. Asimismo se mencionó que se le proporcionarían teléfonos y direcciones de lugares a los que podría acudir con relación a problema que presenta con su esposo, lo cual le parece muy bueno porque menciona que no quiere volver a caer en lo mismo. Al finalizar la sesión la señora abraza a las terapeutas al despedirse y agradece el que se la haya escuchado y apoyado.

### **Sesión 3**

La última de las sesiones se empleo para identificar, fortalecer y orientar la búsqueda de apoyo social para la solución de los problemas en la familia. La señora acude una vez más puntualmente a la cita, pero con un semblante triste, preocupado e incluso avergonzado, dado que refiere haber visto a su ex pareja en el lugar en donde trabaja, haber tomado al verlo y haberse ido con él a la casa donde vivían, así como haber mantenido relaciones.

Asimismo, señala que ese día era la fiesta de quince años de su hija, que sus vecinos y amigos le habían organizado, pero ella no asistió por haberse quedado con él. En este momento comienza a llorar debido a que su hijo mayor consumió drogas y alcohol en la fiesta, provocando problemas y enojo en su hermana. En este sentido, la señora comenta que se siente culpable de no haber podido estar ahí y poder hacer algo al respecto y que su hija no se la pasara mal. De igual forma refiere que se siente muy mal por haber vuelto a estar con él, que tiene miedo de que se mate, porque así se lo ha mencionado su ex pareja e incluso que va a matar a la nueva pareja de la señora, siendo esto algo que a ella le causa temor y preocupación.

Posteriormente se le disminuyo la tensión mencionándole que los cambios son graduales y lo que le pasó es una experiencia importante de aprendizaje acerca de lo que no quiere para ella y que ella sólo es responsable de sus actos, no de lo que hagan los demás.

También menciona que le preocupa que su hijo mayor o los amigos de su hijo lleguen a hacerle algo a su hermana pequeña bajo los efectos de la droga, cuando ella no esté, menciona que se sentiría muy culpable y por eso está considerando otras opciones de tratamientos para su hijo, que se encuentren más cercanas y de bajo costo para que asista.

Posteriormente se abordó el tema de los recursos de apoyo formal e informal a los que recurre o podría hacerlo, mencionando que tiene amigas cercanas en la colonia que trabajan en el mismo lugar con ella, su nueva pareja, que aunque no vive con él sabe que cuenta con todo su apoyo en el momento que lo requiera, asimismo y de manera especial menciona que su hija es un gran apoyo para ella, que la tranquiliza y apoya, así como su hermana justo ahora que no tiene mucho dinero y esta empezando a tener otra vida lejos de su ex pareja y el apoyo que le brinda al cuidar de su hijo menor.

La señora en este momento se nota más tranquila, sonriente y feliz de poder considerar que tiene personas a su alrededor con las que puede contar y que considera importantes para ella. Al finalizar se sensibilizó al familiar a fin de motivarlo al reconocimiento y la búsqueda de redes sociales que son importantes.

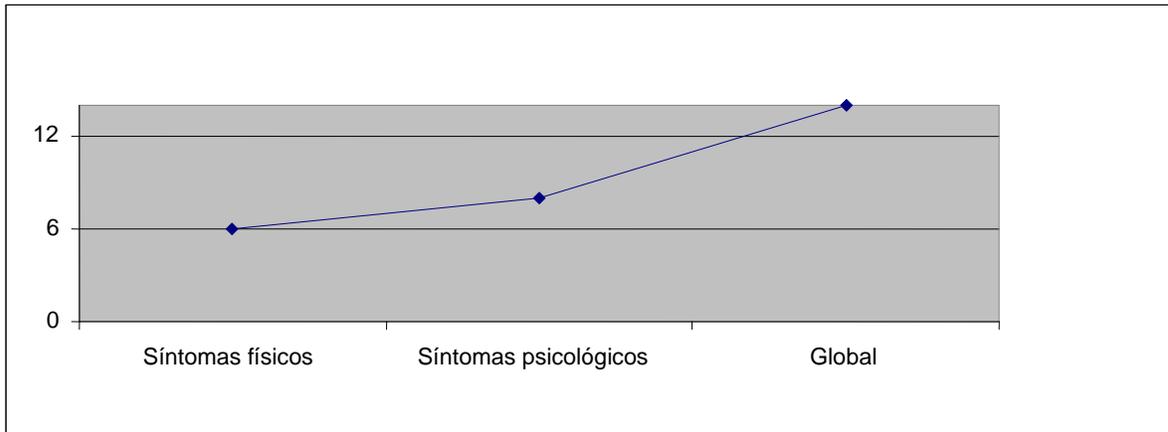
La señora se despide más tranquila, sonriente y menciona que lo que se lleva de la sesión es saber que puede salir adelante, que no está sola y que siempre se puede volver a empezar aunque se cometan errores y que por sí mismos son valiosas experiencias de las que se puede aprender para corregirlos.

Finalmente se puede concluir que se identificaron fuentes de conflicto importantes como la relación de maltrato con su ex pareja, ingresos económicos insuficientes, discusiones con sus hijos por consumir, les reclama e inician discusiones que crean mayor tensión dentro de la familia.

Se identificaron que las principales manifestaciones de tensión dentro de la familia son falta de interés en necesidades básicas de alimentación o vestido, abandono, alteración de la dinámica y convivencia familiar, falta de atención hacia otros problemas y hacia sus hijos, dificultades económicas y laborales, falta de comunicación entre los miembros de la familia, así como cambios de humor y agresiones verbales, manifestó enojo, aislamiento, reacciones explosivas, actitudes de indiferencia, respuestas emocionales de tristeza y minusvalía. Y en otros momentos se muestra preocupada e interesada en el bienestar de sus hijos, no obstante existe una sensación de incertidumbre sobre cómo actuar con ellos, particularmente con su hijo mayor que es con el que vive y con quien se le complica más el trato. Percibe falta de apoyo por parte de su esposo, sintiéndose aún más enojada y preocupada.

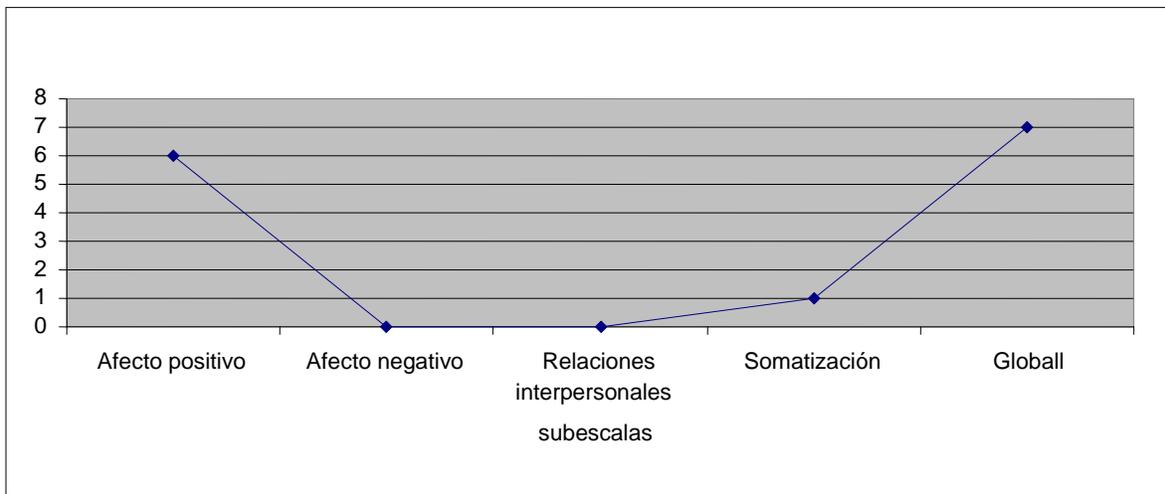
Asimismo resulta evidente que existen diversos factores que le preocupan y afectan a la señora con relación al consumo de sus hijos, menciona sentirse culpable por no haberles dado el tiempo, los recursos y la atención suficiente. No obstante, ha puesto interés en sus hijos, sabe que tiene muchas cosas por cambiar y que puede ser de apoyo para ellos. El vivir en un medio hostil le es más difícil, pero no imposible retomar su vida sus intereses y reconsiderar la idea de que todo puede cambiar en el momento en que ella lo empiece hacer. En este sentido, la señora mostró sesión a sesión mayor fortaleza elementos para sentirse más segura, con deseos y motivación para cambiar las cosas. Es importante aquí mencionar los resultados de los cuestionarios aplicados que muestran bajos puntajes en el Cuestionario de Síntomas que no afectan su funcionamiento diario, en el caso de los síntomas físicos como mareos, falta de apetito o de sueño, tensión en la cabeza, dolor en el pecho o dificultad para respirar, mientras que con relación a los síntomas psicológicos se considerarían entre ellos sentimientos de poca valía y fracaso, ataques de pánico, temores, entre otros.

### SINTOMAS FISICOS Y PSICOLOGICOS



El puntaje global fue de 14 puntos, lo que indica que esta muy alejada de presentar síntomas físicos o psicológicos que afecten su vida.

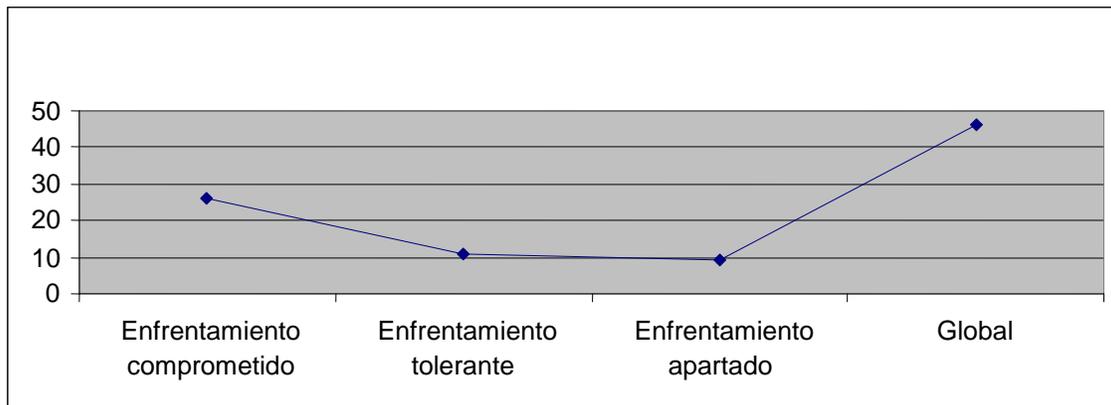
### DEPRESION



En la Escala de Depresión (CES-D), presenta la misma tendencia a puntuaciones bajas: La calificación global fue de 7, lo que indica que tampoco presenta síntomas de depresión.

Por último, en el Cuestionario de Enfrentamiento se arrojan puntuaciones medias en la subescala de enfrentamiento comprometido y bajas en enfrentamiento tolerante y apartado.

## ENFRENTAMIENTO



Los resultados anteriores indican que ella está comprometida con la recuperación de sus hijos, que busca darles el apoyo que en sus manos esté, sin que ello intervenga en su salud, ni psicológica ni físicamente, busca el bienestar de sus hijos sin que altere su vida personal.

Algunos de los elementos importantes que se consideraron para hacer más efectiva la intervención fueron: retroalimentar sobre las consecuencias del consumo, fomentar la responsabilidad y el compromiso personal, aconsejar sobre formas en las que se puede lograr el cambio de conducta, dar opciones, adoptar una actitud empática, fortalecer su auto-eficacia, brindarle información sobre lugares de tratamiento que le pudieran beneficiar a ella y a su hijo mayor.

Cabe mencionar que la señora dejó de asistir sin mención alguna, su hermana nos comentó que se fue a Acapulco con su actual pareja y que en su familia estaban pasando sucesos que la señora ignoraba, tanto su hija de 15 años, como el joven de 18 se fueron de su casa, cada quien por su lado y que a la fecha no sabían el paradero ni de uno ni de otro. No se sabe con seguridad si la señora se fue aún sabiendo lo ocurrido o lo desconocía. Se le dejó el teléfono de una de las terapeutas a la hermana, con la finalidad de que se lo diera a la señora y en cuanto pueda se comunicara, ya sea para cerrar la intervención o para simplemente saber de ella, como una especie de cita abierta. Por tal motivo no se pudo aplicar los cuestionarios finales, para tener un parámetro de comparación entre los puntajes iniciales y los finales.

### **Conclusiones CEPREAA**

Después de la aplicación de las intervenciones se puede decir que resulta indispensable contar con más evidencia empírica en cuanto a la efectividad de los tratamientos y por ende en las modificaciones o actualizaciones que se realicen a las sesiones, así como fundamentar el tratamiento psicológico, con manuales de procedimientos sustentados con evidencia empírica y avalada con técnicas validadas. Se sugiere continuar generando investigación respecto al costo-efectividad de la intervención breve, asimismo resulta indispensable contar con adecuada supervisión orientada a la fidelidad de los tratamientos, considerar la deserción en los programa de aquellas personas con nivel académico bajo (primaria –secundaria), incidir sobre el índice de recaídas y en las

dificultades de adherencia y elevada deserción en las primeras etapas de los tratamientos.

Respecto a la evaluación en el programa dirigido a usuarios de tabaco y de PSC, suele ser extensa y es necesario emplear instrumentos de evaluación adaptados y estandarizados para la población a la que van dirigidos.

Por lo anterior se sugiere ahondar en la evidencia de la efectividad de los tratamientos y crear líneas de investigación dirigidas a constatar el costo efectividad de los mismos, crear protocolos de fidelidad a los tratamientos y supervisión cercana de casos, continuar con la adaptación y estandarización a la población mexicana de los distintos instrumentos empleados en la evaluación. Así como adaptar las estrategias a población universitaria y de baja escolaridad, desarrollar técnicas para promover la entrada y la adherencia al tratamiento, contar con apoyo multidisciplinario para una mejor atención al usuario, adaptar las intervenciones breves a un formato de atención grupal y validar su efectividad.

Por otra parte, incluir marcadores biológicos para corroborar los auto reportes de consumo de los usuarios. Incluir marcadores biológicos como el nivel de monóxido de carbono, nivel de cotinina en sangre, orina o saliva.

Finalmente es fundamental adaptar las intervenciones breves a un formato de consejo breve para aquellos que se encuentran en abstinencia o para los adolescentes que han tenido un consumo experimental y continuar la disseminación de las intervenciones breves en los programas de atención del sector salud, en instituciones educativas y laborales y adaptarlas a estos ámbitos de acuerdo con las necesidades.

Independientemente de estas consideraciones, es importante señalar que a través de la práctica se han podido desarrollar habilidades clínicas para la evaluación, diagnóstico y el tratamiento en distintas poblaciones con presencia de consumo de sustancias.

La intervención breve ha mostrado efectividad en cuanto a la reducción del consumo, no obstante la evidencia es poca en cuanto al mantenimiento de la abstinencia. Asimismo los modelos puestos en práctica en el Centro Acasulco han probado ser eficientes en otra población y con instancias internacionales que avalan su calidad y efectividad, no obstante es fundamental continuar adaptándolos para la población mexicana.

Los modelos de tratamiento cognitivo-conductuales han mostrado eficacia en la reducción del patrón de consumo de sustancias adictivas (NIDA, 2007). Respecto a la efectividad del programa de Bebedores Problema la evidencia existente se reporta en diversos estudios (Ayala, Cárdenas, Echeverría, Gutiérrez, 1995, 2001; Ayala, Echeverría, Sobell, Sobell, 1998; Ayala, Carrascoza, Echeverría, 2003). En el caso del PSC, se sugiere que ha resultado ser eficaz en la reducción del patrón de consumo de usuarios alcohol, crack, benzodiazepinas, cocaína, inhalable y marihuana (Barragán, 2005). El programa de Tabaco es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia (Lira, 2008) y se hace evidente la importancia y la necesidad de contar con tratamientos multidisciplinarios.

## **Sede 2. Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México**

Al describir las características de la sede es importante mencionar que se inicia el trabajo en la clínica a partir del convenio interinstitucional en colaboración con la Facultad de Psicología de la UNAM, para formar parte de las residencias dentro del Programa de Maestría en Psicología de las Adicciones.

La Clínica contra el tabaquismo se ubica dentro del Hospital General de México en el Servicio de consulta externa de Neumología y Cirugía de Tórax. Ofrece sus servicios a la población sin seguridad social, no obstante se brinda atención a público en general de distintos estratos socioeconómicos. Se desarrolla el trabajo con un equipo multidisciplinario (trabajo social, médico y psicológico) y se identifica como Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel (Ocampo, Cuevas y Cicero, 2002).

El tratamiento que se ofrece es médico, psicológico y farmacológico, asimismo la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México (CCT-HGM) canaliza al paciente a partir de la detección oportuna de enfermedades crónicas a través de estudios de gabinete, otorgando atención en los tres niveles de prevención (Universal, Selectiva e Indicada).

Algunos antecedentes, señalan que en México a partir de septiembre de 1981, se inició un programa de investigación sobre la cesación del consumo de tabaco con técnicas educativas y educativo conductuales. El cual se llevó a cabo, con el apoyo y la asesoría del Instituto Mexicano de Psiquiatría (hoy Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente), en tres instituciones gubernamentales: el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias e Instituto Nacional de Perinatología. El objetivo de esta investigación fue establecer el perfil de los diferentes tipos de fumadores del país y evaluar la eficacia y el costo-beneficio de ambas intervenciones. Estos programas se enfocaron tanto en los tratamientos psicológicos como en el médico-biológico, ya que ambos son de importancia para entender el complejo proceso del tabaquismo. La población y el tipo de intervención aplicada en las diferentes sedes fueron: Instituto Nacional de Perinatología, se trabajó con mujeres embarazadas de alto riesgo a las que se les aplicaron técnicas de psicoterapia conductual y educación para la salud. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), se utilizaron técnicas educativas, educativo- conductuales y con sustitutos orales como la tableta masticable con nicotina y la vitamina C (como placebo) a población fumadora abierta. Cabe mencionar, por la importancia del hallazgo de esta investigación, que la vitamina C favorece una mejor respuesta por parte del paciente ante el síndrome de abstinencia y propicia una mejor adherencia terapéutica en el proceso de cesación del tabaquismo (Cicero, Puente, Vergara, Sánchez, Ramírez y Domínguez, 1989). Hospital General de México, Servicio de neumología y cirugía de tórax, participaron pacientes con padecimientos cardiorespiratorios, se aplicaron técnicas de educación para la salud y de reestructuración cognoscitiva en una primera etapa, mientras que en la segunda fase se agregó la administración de tableta masticable con nicotina en grupos en los que se implementaba la técnica de reestructuración cognoscitiva.

En México, desde hace más de dos décadas, las instituciones médicas han trabajado para lograr la preservación de la salud, así como para lograr el tratamiento y rehabilitación adecuados a las enfermedades que presenta la población debido al

consumo de tabaco. La Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México (CCT HGM) ha sido parte importante en este desarrollo, tal como lo manifiesta en su manual de procedimientos (Ocampo y cols., 2002).

El objetivo fue establecer perfiles de los diferentes tipos de fumadores del país y evaluar la eficacia y costo-beneficio de ambas Intervenciones. Estos programas se enfocaron tanto en los tratamientos psicológicos como en el médico-biológico. Asimismo el programa de investigación que realizó el Hospital General se dividió en cuatro modalidades para la cesación del tabaquismo. Se llevó a cabo un estudio comparativo de cuatro programas para el abandono del tabaquismo en pacientes crónicos cardiorespiratorios y se tomaron 171 pacientes que se incluyeron en cuatro modalidades para la cesación de fumar:

1. Programa de reestructuración cognoscitiva. Incluyó ejercicios de identificación del problema, de la historia del mismo, de alternativas de solución en problemas, grados de dificultad de éstas y desarrollo de roles e inversión de roles con técnicas de grupo.

2. Programa de educación para la salud. Comprendió tanto temas sobre el funcionamiento físico y sus alternativas, como los aspectos psicológicos y sociales del consumo de tabaco, así como los aspectos emocionales del desarrollo de un padecimiento crónico incapacitante. Cada tema se exponía a través de diaporamas con duración entre 7 y 15 minutos cada uno.

3. Uso combinado de tableta masticable con nicotina (2mg) con Programa de reestructuración cognoscitiva. En este grupo se utilizó la tableta masticable con nicotina en forma regular hasta 12 tabletas en 24 hrs, conjuntamente con el programa de reestructuración cognoscitiva antes explicado.

4. Programa combinado de reestructuración cognoscitiva con educación para la salud. Se aplicaron ambas técnicas de abordaje terapéutico. Los resultados obtenidos de esta investigación mostraron que las técnicas (combinadas) de educación para la salud y reestructuración cognoscitiva no tuvieron grandes diferencias, ya que en la primera intervención la cesación fue de 56% y en el segundo grupo de 52%, cifras satisfactorias en las que se toma en cuenta el costo y la sencillez del grupo de educación para la salud y que existen ventajas en lo que se refiere a costo beneficio, ya que no es indispensable la intervención de especialistas durante todo el tiempo.

Los resultados mostraron que las técnicas combinadas de educación para la salud y reestructuración cognoscitiva no tuvieron diferencias significativas, en la primera intervención la cesación fue de 56% y en el segundo grupo de 52%. Las cifras son satisfactorias en las que se toma en cuenta el costo y la sencillez del grupo de educación para la salud y que existen ventajas en lo que se refiere a costo beneficio, ya que no es indispensable la intervención de especialistas durante todo el tiempo (Ocampo y cols., 2002).

Las características del tratamiento son:

- Tratamiento médico psicológico.
- Atención individual (8 sesiones, 2 horas c/u) o grupal (diez sesiones, 45 min).
- Empleo de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) y Educación para la salud.

- Utilización y efectividad de los tratamientos combinados (psicológico , de remplazo nicotínico y/o farmacológico).
- Ha mostrado evidencia empírica en el éxito del tratamiento.
- Dispone de técnicas validadas empíricamente.
- Se ha actualizado el programa de acuerdo a los requerimientos de la población que asiste a tratamiento.
- Se han adaptado y estandarizado los instrumentos de evaluación a la población a la que va dirigida el tratamiento.

Asimismo se ofrece atención individual y grupal, en este sentido el tratamiento individual esta dirigido a los pacientes que cubran los siguientes criterios:

- Dependencia severa.
- Pacientes con comorbilidad psiquiátrica.
- Niveles elevados de ansiedad, depresión y/o impulsividad.
- Problemas graves de salud.
- Problemas con el consumo de otras sustancias.
- Pacientes altamente demandantes.
- Problemas de tipo psicológico.
- Violencia familiar.
- Más de 60 años de edad.
- Deterioro cognitivo.
- Problemas de audición.

Mientras que para el tratamiento grupal es necesario identificar las siguientes características:

- Dependencia leve o moderada.
- Red social nula o mínima.
- Niveles de ansiedad, depresión e impulsividad leve o moderada.

### **Instrumentos de evaluación**

- Test de Fargerstrom de dependencia a la nicotina (Versión piloto V1 Septiembre, 2008).
- Inventario de depresión de Beck (BDI) (Jurado, et al, 1998).
- Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Versión estandarizada por Varela y Villegas, 2001).
- Inventario de Impulsividad de Plutchik (versión adaptada y estandarizada para México, Cuevas, 2008).
- Cuestionario de Motivos de Fumar de Rusell ( Rusell, 1988).

### **Carta descriptiva de las sesiones**

**Objetivo General:** Generar que el paciente logre la abstinencia mediante el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento.

**Duración total:** 8 sesiones, 2 sesiones por semana (1 mes)

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
PRIMERA	2 horas	Encuadre grupal. Presentación del grupo. Modificación de conducta. Historia de fumador.	Entablar una relación cálida y de confianza (rapport). Modificar hábitos asociados con la dicción al tabaco.	Técnicas de motivación al cambio indicaciones terapéuticas. Explicación del autorregistro inicial. Respiraciones profundas.
SEGUNDA	2 horas	Dependencia psicológica. Dependencia social. Teoría del reforzamiento. Teoría del aprendizaje social.	Conocer los mecanismos de dependencia psicológica y social. Generar estrategias de afrontamiento a la presión social.	Lectura historia de fumador. Revisión de autorregistros. Técnica de relajación por respiración profunda.

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
TERCERA	2 horas	Adicción física a la Nicotina. Daños a la salud. Terapia de reemplazo. Suspensión abrupta. Autorregistro de monitoreo.	Que el paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social, de igual modo que el asistente al grupo sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Motivar al paciente hacia su toma de decisión.	Exposición. Juego de roles. Carta de despedida. Visualización del éxito.
CUARTA	2 horas	Síndrome de Abstinencia duelo. Terapia racional Emotiva. Mecanismos de evitación. Manejo de emociones (tristeza y culpa).	Generar estrategias que reduzcan los síntomas del síndrome de abstinencia, la desintoxicación y el duelo en los pacientes, para lograr el mantenimiento de la abstinencia.	Revisión de autorregistros. Lectura de cartas de despedida. Relajación de despedida al tabaco.
QUINTA	2 horas	Beneficios de dejar de fumar. Repaso teorías del aprendizaje. Manejo de emociones (relajación).	Desarrollar habilidades que le faciliten a los asistentes a grupo el afrontamiento de situaciones estresantes.	Exposición. Juego de roles. Visualización dirigida.
SEXTA	2 horas	Habilidades sociales. *comunicación efectiva. * manejo del conflicto. * asertividad.	Desarrollar en el paciente habilidades sociales y de solución de conflictos que lo mantengan en abstinencia.	Exposición. Juego de roles. Visualización dirigida.
SÉPTIMA	2 horas	Manejo de emociones (ansiedad y enojo). Estilos de vida saludable.	Que el paciente conozca los factores que predisponen la recaída en su medio natural y elabore estrategias de afrontamiento a los mismos.	Exposición. Juego de roles. Visualización dirigida.

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
OCTAVA	2 horas	Manejo y prevención de las recaídas. Despedida del grupo.	Que los asistentes a grupo se mantengan en abstinencia (prevenir recaídas).	Exposición. Visualización dirigida. Cierre grupal.

En cuanto a los lineamientos terapéuticos, se cuenta con tres elementos básicos para llevar a cabo el abordaje terapéutico para la cesación del tabaquismo

1.- Revisión de los antecedentes teóricos sobre el tabaquismo a partir de la epidemiología, componentes químicos del tabaco, daños a la salud; diagnóstico a través de la neurofisiología y el DSM-IV; así como los apoyos farmacológicos existentes para el tratamiento.

2.- Familiarización con los principios psicológicos cognitivo-conductuales (modificación de conducta, TREC, educación para la salud) utilizados en el tratamiento para la cesación del tabaquismo.

3.- Implementación de las técnicas cognitivas-conductuales (visualización dirigida, escritura emocional, autorregistro-monitoreo, rol playing, entrevista motivacional, etc.) empleadas en el tratamiento oportuno para la cesación del tabaco.

Asimismo se cuenta con tres apartados básicos para el desarrollo e implementación de los objetivos antes mencionados:

<p>Parte 1. Antecedentes Teóricos del Tabaquismo</p> <p><b>1 Epidemiología</b></p> <p><b>2 Componentes Químicos del Tabaco</b></p> <p><b>3 Daños a la Salud</b></p> <p><b>4 Inicio y Mantenimiento de la Adicción al Tabaco</b></p> <p>4.1 Factores Individuales</p> <p>4.2 Factores Familiares</p> <p>4.3 Factores Sociales</p> <p><b>5 Criterios Diagnósticos para la Adicción al Tabaco</b></p> <p>5.1 ¿Que es la Adicción?</p> <p>5.2 ¿Como se origina la Adicción a la Nicotina?</p> <p>5.3 Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana</p> <p><b>6 Terapia de Sustitución de Nicotina (TSN) y Terapia Farmacológica</b></p> <p>6.1 TSN</p> <p>6.2 Naloxona</p> <p>6.3 Bupropión</p> <p>6.4 Vareniclina</p> <p>Parte 2. Principios Psicológicos del Tratamiento Cognitivo Conductual para la Cesación del Tabaquismo</p> <p><b>1 Modificación Conductual</b></p> <p><b>2 Teoría Cognitiva y la Terapia Racional-Emotiva-Conductual</b></p>
---

**3 Educación para la Salud**  
**4 Terapia Cognitivo-Conductual**

Parte 3. Técnicas de Intervención en Tabaquismo

**1 Entrenamiento en Inoculación Conductual**

**2 Autorregistro-Automonitoreo**

**3 Relajación**

3.1 Respiración

3.2 Relajación Progresiva

**4 Visualización Dirigida**

**5 Técnica de Autodiálogos Eficaces**

**6 Técnica de Rol Playing o Juego de Roles**

**7 Entrenamiento en Solución de Problemas**

**8 Escritura Emocional Autorreflexiva y Cartas de Despedida**

**9 Técnica de Reducción Gradual de Ingesta de Nicotina**

**y Alquitrán (REGINA)**

**Casos atendidos CCT Tx. Individual**

No. CASO	PACIENTE		ETAPA DEL TRATAMIENTO
CASO 1	Sexo: M Edad: 41	Escolaridad: Licenciatura Estado civil: Casado Ocupación: Abogado	CUARTA SESION
CASO 2	Sexo: F Edad: 61	Escolaridad: Carrera técnica Estado civil: Casada Ocupación: Ama de casa	SEGUNDA SESION
CASO 3	Sexo: M Edad: 40	Escolaridad: Secundaria Estado civil: Casado Ocupación: Taxista	CUARTA SESION
CASO 4	Sexo: M Edad: 72	Escolaridad: Secundaria Estado civil: Viudo Ocupación: Carpintero	CONCLUIDO
CASO 5	Sexo: M Edad: 57	Escolaridad: Licenciatura trunca Estado civil: Casado Ocupación: Negocios	CONCLUIDO
CASO 6	Sexo: M Edad: 52	Escolaridad: Secundaria Estado civil: Soltero Ocupación: Comerciante	CONCLUIDO
CASO 7	Sexo: M Edad: 28	Escolaridad: Secundaria Estado civil: Soltero Ocupación: Empleado Padecimiento: Esquizofrenia	CONCLUIDO

**N= 7      4 CONCLUIDOS    3 EN TRATAMIENTO**

## Casos atendidos CCT \_ Tx. Grupal

No. GRUPO/No. INTEGRANTES	PACIENTE	ETAPA DEL TRATAMIENTO
GRUPO 1 (4 INTEGRANTES)	3 Mujeres 1 Hombre	CONCLUIDO
GRUPO 2 (4 INTEGRANTES)	3 Hombres 1 Mujer	CONCLUIDO
GRUPO 3 (4 INTEGRANTES)	3 Mujeres 1 Hombre	CONCLUIDO

GRUPO 1..... 3 ABSTINENCIA, 1 REDUCCION

GRUPO 2.....4 ABSTINENCIA

GRUPO 3.....4 ABSTINENCIA

### **Conclusiones Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México**

Es indispensable contar con adecuada supervisión orientada a la fidelidad de los tratamientos, dar atención de pacientes con otro tipo consumos y resulta indispensable contar con estrategias dirigidas a la adherencia al tratamiento. Asimismo se hace necesario contar con material de apoyo para el trabajo dentro de las sesiones, por lo que se propone lo siguiente: Ofrecer capacitación previa a la implementación del tratamiento incluyendo terapia de remplazo, definir con claridad los criterios de inclusión, supervisión de casos a nivel grupal e individual, uso de listas checables por sesión, considerar dentro del tratamiento el consumo de otras sustancias por parte de los pacientes, dado que se presentan casos en lo que no es la única sustancia de consumo y por la que este presentando problemas. Por otra parte se sugiere continuar con la adaptación y estandarización de los instrumentos de evaluación de acuerdo a la población. Asimismo surge la necesidad de validar instrumentos como el auto registro e incluir marcadores biológicos como el nivel de monóxido de carbono, nivel de cotinina en sangre, orina o saliva.

Por último en cuanto a las habilidades aprendidas y desarrolladas durante la residencia cubren el Diagnóstico, Tratamiento (Terapia racional emotiva -TRE-, Modificación de conducta, reestructuración cognoscitiva. técnicas cognitivo-conductual), y que brindaron experiencia clínica importante en el tratamiento a pacientes con consumo de tabaco.

**REPORTE DE CASO UNICO ATENDIDO CON EL MODELO DE  
DETECCION TEMPRANA E INTERVENCION BREVE PARA  
BEBEDORES PROBLEMA**

Con el fin de ilustrar el despliegue de las habilidades y competencias adquiridas con relación a la práctica clínica, se presenta la descripción y análisis del caso clínico de AMR atendido dentro del programa: Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, (Ayala y Echeverría, 1998; Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2005), cuyo objetivo consiste en intervenir de manera motivacional para ayudar al usuario con problemas en su forma de beber a comprometerse, para identificar y utilizar sus recursos orientándolos a modificar su consumo, desarrollar un plan general para enfrentar su forma de consumo y lograr cambios en su comportamiento.

## EXPOSICION DE CASO AMR

---

### Ficha de identificación:

Edad: 21 años (Fecha de Nacimiento: 28/05/1987).

Sexo: Masculino.

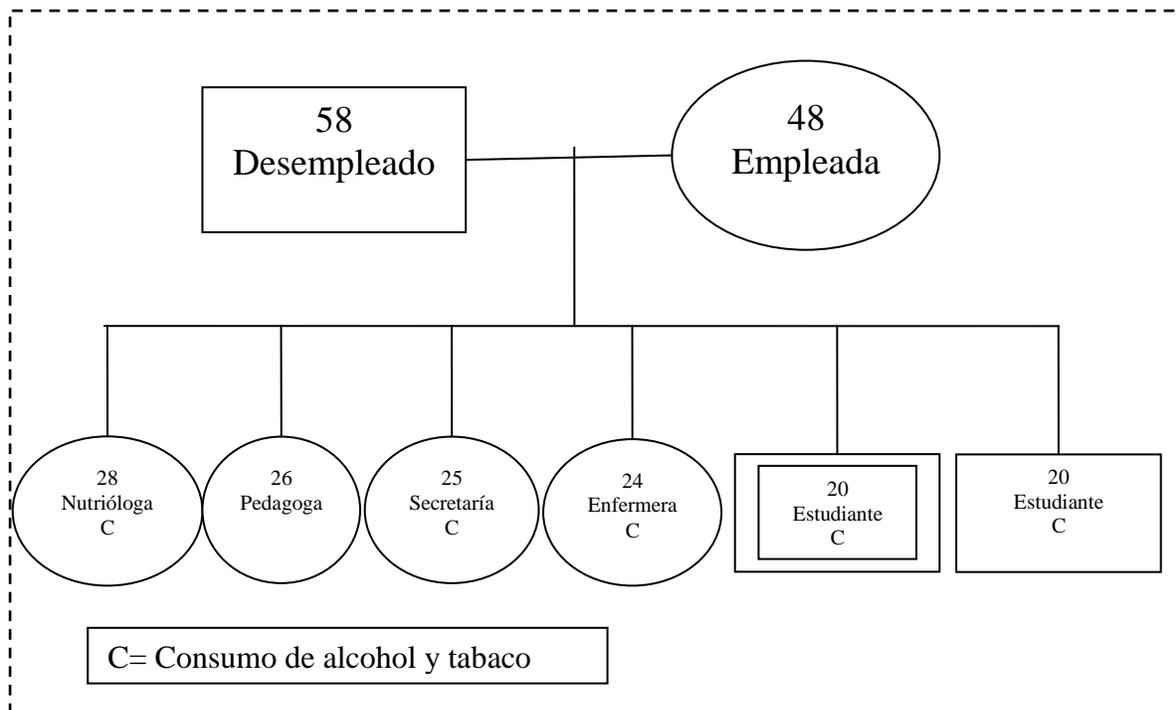
Escolaridad: 3er. Semestre de bachillerato.

Ocupación: Estudiante y trabaja ocasionalmente como empleado

Religión: Cristiano

Cohabita en la casa de sus padres, con su hermana mayor y su hermano gemelo

### Familiograma



## 1. MOTIVO DE CONSULTA

El usuario asistió al Centro de Prevención y Atención de Adicciones de la UNAM (CEPREAA) a partir de que la madre del usuario solicitó apoyo psicológico para su hijo, reportando problemas con el alcohol por parte del usuario y mencionando que él estaba enterado de dicha solicitud de atención, dejando teléfonos y horario en el que podría localizarse. Posteriormente se realizó una llamada al usuario para concertar la primera cita, cabe señalar que el usuario no estaba enterado de que su mamá había solicitado atención para él, respecto a su consumo de alcohol, resolviéndose las dudas que el usuario manifestó durante la llamada y brindando información breve respecto al tipo de atención que se ofrece en el Centro, como ser de tipo psicológico, en donde él tendría una participación activa de manera que el tratamiento fuera adecuado e idóneo para él de acuerdo a sus necesidades, además de ser una atención ambulatoria, una vez por semana con un programa de tratamiento diferente a AA y costo accesible. Asimismo, se le menciona que era una decisión personal el asistir al tratamiento a partir de las experiencias que ha tenido con el consumo de alcohol y se preguntó su opinión respecto a asistir al tratamiento, concertando la primera cita para esa misma semana.

El usuario acude puntualmente en compañía de su padre a la primera sesión, en la que a través de la Entrevista Inicial (EI) se obtuvo información respecto a su motivo de consulta, siendo posible identificar el tipo de sustancia por la que acudió a tratamiento, datos sobre su historia, patrón y los problemas asociados a su consumo. Asimismo fue posible identificar la etapa de motivación al cambio en la que se encontraba el usuario al llegar a tratamiento.

Así, respecto al motivo de consulta el usuario refiere: ***“Vengo porque bebo alcohol y mis papás dicen que mi forma de tomar alcohol es mala, creen que tengo problemas y están preocupados porque les asusta que tome y por eso me peleó con ellos y se quejan, creo que están exagerando porque todo les molesta y todo es malo para ellos, yo creo que por la religión, somos cristianos”***. El usuario consideró que era un problema menor su consumo de alcohol, al referir en un primer momento tener únicamente problemas con sus padres como discusiones por el consumo y algunas peleas y discusiones callejeras.

Al explorar su historia y patrón de consumo, se encontró que el usuario inicio su consumo de alcohol a los dieciséis años, consumiendo particularmente cerveza en un 85% de las ocasiones y tequila en un 15% previo al tratamiento, su consumo era en lugares públicos (calle, fiestas, parques, canchas de futbol) o privados (casa de amigos o propia), lo hacía solo o acompañado. Su tiempo para consumir un trago era en promedio de diez minutos y el tiempo entre un trago y otro de quince minutos, siendo la duración del episodio de dos a tres horas. Señaló que consumía para sentir los efectos y para lograr convivir con amigos de su edad con quienes jugaba futbol en un equipo, con un grupo de conocidos mayores a él externos a la preparatoria donde estudia y con un grupo de vecinos que se reunían en una tienda cerca de su casa. Asimismo, refirió que consumía cuando tenía discusiones o presiones en casa con sus padres y con su cuarta hermana. El consumo de cuyo consumo se elevó algunos fines de semana en el último año debido a la ruptura de la relación con su antigua novia, mencionando que se sentía aún triste por ello y bebía para olvidar. En cuanto al tiempo máximo de abstinencia había sido de tres semanas en el año 2007, sin presentar tratamientos previos, denotando un gasto del 50% de su dinero en comprar alcohol y cuyo estado emocional referido por el usuario era encontrarse

Insatisfecho y triste por su estilo de vida, así como pensamientos de no poder seguir adelante, descartando pensamientos sobre la muerte o depresión severa. En cuanto al uso de otras sustancias por parte del usuario, mencionó que anteriormente consumió tabaco y llevaba seis meses en abstinencia respecto a esta sustancia, asimismo refirió que fumó marihuana (ocho consumos de 1/3 de churro en 2006, dos consumos de tres fumadas en 2007, un consumo en 2008) PVC (cinco consumos de 1/2 mona, 2006, dos consumos de 1/2 mona en 2008). No obstante refiere que la sustancia que le ha ocasionado algún tipo de problema y que considera difícil controlar el consumo de alcohol.

Al continuar indagando e instigando al usuario respecto a los problemas asociados con su consumo de alcohol el usuario refirió problemas en siete diferentes áreas: En el *área de salud* manifestó vómito, mareos, dolor de cabeza y gastritis, en el *área cognitiva*, dificultad para tomar decisiones, olvidos, así como dificultad para concentrarse; en cuanto al *área afectivo/emocional*, señaló cambios de humor, tristeza, irritabilidad, ansiedad y miedo. Respecto al *área interpersonal* sugirió problemas familiares con sus padres, su hermana, con su ex novia y falta de comunicación; asimismo, referente al *área económica* el usuario señala deudas con sus amigos y conocidos. Finalmente, en el *área escolar* el usuario comenta problemas relacionados con ausentismo, retardos y bajo rendimiento académico.

A partir de la información obtenida durante la primera sesión mediante la entrevista, se sugiere que el usuario llegó en etapa de cambio de *Pre-contemplación*, debido a que sus padres son quienes acudieron a buscar atención para el usuario, asimismo no contemplaba en un primer momento la necesidad de cambio, mencionando que puede controlarlo y sólo acude para que sus padres vean que no tiene problemas. Asimismo, el usuario consideraba algunas de las consecuencias negativas relacionadas con su manera de beber, no obstante era improbable que hiciera algo pronto.

Posterior a la fase de Admisión se continuó con la evaluación al considerar su etapa de cambio y al haber cubierto los criterios de inclusión establecidos a través del Cuestionario de Pre-Selección (en Echeverría et al, 2004), (Ser mayor de 18 años de edad, pero no mayor de 70 años, sabe leer y escribir, domicilio permanente, actualmente estudia y tiene un trabajo como empleado de manera ocasional, en la actualidad vive con su familia, no presenta alucinaciones, convulsiones y/o delirio tremens y no bebe más de 30 tragos estándar a la semana; no acude a tratamiento porque la ley se lo exige, su droga primaria de abuso no es la heroína e inyectada, no acude a tratamiento de autoayuda para resolver su problema con el abuso del consumo de alcohol y/o drogas y está dispuesto a estar en un tratamiento que consiste en una evaluación, cuatro sesiones de tratamiento y cuatro sesiones de seguimiento al mes, tres, seis meses y al año después de concluir el tratamiento).

## 2. EVALUACIÓN

La evaluación fue realizada por medio de cuestionarios y escalas con el objetivo de recabar información acerca del nivel de dependencia al alcohol, detectar algún daño a nivel neuropsicológico, determinar el patrón de consumo de alcohol (cantidad, frecuencia e intensidad), las situaciones de riesgo particulares del usuario y detectar la auto-eficacia para controlar el consumo a fin de implementar adecuadamente el tratamiento y

determinar la meta más adecuada, de forma que el realizar una evaluación adecuada resulta primordial para que el tratamiento sea el más adecuado e idóneo para el usuario.

#### **Instrumentos empleados:**

- *Breve Escala Sobre Dependencia al Alcohol (BEDA)*, (Raistrick, Dunbar y Davison, 1983, en Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998)
- *Subescalas “Pistas” partes A y B. Batería Halstead-Reitan*, (en Echeverría et al, 2004)
- *Línea Base Retrospectiva (LIBARE)*, (Sobell y Sobell, 1992; versión adaptada al español Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998, en Echeverría et al, 2004)
- *Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)*, (Annis, 1982; versión adaptada al español por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998, en Echeverría et al, 2004)
- *Breve Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)*, (Annis, Graham y Davis, 1987; versión adaptada al español por Echeverría y Ayala, 1977, en Echeverría et al, 2004)

### **2.1 Breve Escala Sobre Dependencia al Alcohol (BEDA)**

Fue diseñada con el objetivo de medir el tipo de dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Se derivó del “Cuestionario de datos de dependencia al alcohol (Edinburgh Alcohol Dependence Schedule)” desarrollada en 1980, debido a que se buscaba una forma de aplicación más sencilla y rápida (Davidson y Raistrick, 1986). El BEDA está dirigido a población adulta y ha sido empleado con pacientes en programas de tratamiento, personas que no se encuentran en tratamiento, en grupos de hombres y mujeres.

Cada uno de los 15 reactivos se contesta en una escala de 4 puntos:

“NUNCA”, Si nunca ha estado en esa situación.

“ALGUNAS VECES”, Si algunas veces a estado en esa situación.

“FRECUENTEMENTE”, Si ha estado en esa situación con frecuencia.

“CASI SIEMPRE”, Si ha estado casi siempre en esa situación.

Los cuales tienen un valor de 0 (NUNCA) a 3 (CASI SIEMPRE), con los cuales se obtiene un solo puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos, que se puede interpretar de la siguiente manera:

DEPENDENCIA BAJA (de 1 a 9 puntos).

DEPENDENCIA MEDIA (de 10 a 19 puntos).

DEPENDENCIA SEVERA (de 20 a 45 puntos).

Los resultados obtenidos por el usuario fue de **14 puntos**, indicando una **dependencia media** y cuyos reactivos contestados como frecuentemente fueron: Tiene dificultades para dejar de beber, organiza su vida de acuerdo a cuándo y dónde puede beber, a la mañana siguiente de una noche bebiendo en exceso siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar.

### **2.2 Subescalas “Pistas” partes A y B. Batería Halstead-Reitan.**

El objetivo de la aplicación de las subescalas de “pistas” en su parte A y B retomada de la Batería Halsted-Reitan es posible revisar el daño neuropsicológico, resultado del

consumo excesivo de alcohol. La prueba de "Pistas" muestra similitudes con la subescala de símbolos y dígitos de la "Escala de Inteligencia Weschler para adultos (WAIS-III-R), principalmente en términos de la evaluación de la capacidad de planeación, seriación y anticipación del usuario.

La aplicación de la prueba es de cinco minutos, consiste en dos partes, en la parte A se muestra una serie de números en orden ascendente del 1 al 15; en la parte B, se presenta una serie de números combinada con las letras del abecedario. Para cada una de las partes de la prueba es importante considerar un límite de aplicación, de forma que para la parte A, se otorga un minuto para responder, no obstante si el usuario se llega a tardar más de lo indicado no se le detiene al cumplirse el tiempo, simplemente se toma el tiempo que le llevó el concluirlo. Para la parte B se tiene un tiempo de aplicación de 2 minutos, si no concluye en este tiempo se le brinda el tiempo para concluir y se contabiliza el tiempo.

Respecto a esta prueba el usuario no presentó ningún problema en su ejecución, resolviéndola adecuadamente dentro del tiempo estipulado para cada parte **(26 segundos en la parte A y 55 segundos en la parte B)** concluyendo que el usuario **no presenta daño neuropsicológico**.

### **2.3 Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA).**

Fue desarrollado por Annis,(1982) es un instrumento que mide las situaciones específicas de consumo de alcohol, que son identificadas de alto riesgo para la probable recaída en un individuo (Annis, 1986). El ISCA puede ser empleado como herramienta para planear un tratamiento debido a que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en las que consume en exceso alcohol, aunado a ello, el ISCA es una herramienta para el estudio de los resultados de un tratamiento y el proceso de recaída (Annis y Davis, 1985; Echeverría, Ayala, Galván y Martínez, 2002).

Consta de 100 reactivos que están divididos en dos categorías (personales e interpersonales) y en ocho subcategorías, estos reactivos miden las situaciones en las que una persona bebió en exceso durante el año anterior al día de la aplicación. La distribución de las categorías y subcategorías es la siguiente:

*Situaciones personales.* El beber involucra la respuesta a eventos de naturaleza psicológica o física, subdividiéndose en cinco categorías:

- Emociones desagradables (20 reactivos).
- Malestar físico (10 reactivos).
- Emociones agradables (10 reactivos).
- Probando auto-control (10 reactivos).
- Necesidad física o urgencia por consumir (10 reactivos).

*Situaciones Interpersonales.* Aquellas que involucran a terceras personas que se subdividen tres subcategorías que son:

- Conflicto con otros (20 reactivos).
- Presión Social (10 reactivos).
- Momentos agradables (10 reactivos).

Los resultados obtenidos por el usuario se presentan a continuación en la tabla 1:

Tabla 1. Resultados del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA).

<b>Situación</b>	<b>Puntuación</b>
Emociones desagradables	<b>48</b>
Malestar físico	<b>33</b>
Emociones agradables	<b>30</b>
Probando auto-control	27
Necesidad física o urgencia por consumir	23
Conflicto con otros	27
Presión social	<b>30</b>
Momentos agradables con otros	<b>37</b>

El usuario reportó consumo en las ocho situaciones, predominando las siguientes en cada subcategoría:

- 1.- Situaciones personales: Emociones desagradables (48 puntos), malestar físico (33 puntos) y emociones agradables (30 puntos).
- 2.- Situaciones interpersonales: Momentos agradables con otros (37 puntos) y presión social (30 puntos).

#### **2.4 Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).**

Desarrollado por Annis y Graham (1988) para evaluar la confianza del usuario para controlar su consumo de alcohol en ocho situaciones particulares de riesgo (Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control, necesidad física o urgencia por consumir, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros) es decir, mide la auto-eficacia de los individuos ante dichas situaciones.

Es un instrumento útil para que los terapeutas midan durante el tratamiento la evaluación de la auto-eficacia del usuario, así como el grado de confianza en cada una de las ocho situaciones de riesgo relacionadas con el beber en exceso. Asimismo se emplea como una medida confiable (auto-eficacia/Situaciones de riesgo) para investigadores interesados en estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída (Echeverría, Ayala, Galván y Martínez, 2002).

El CCS, consiste en que el usuario indique que tan seguro se siente de resistir la necesidad de beber en exceso, ubicando el porcentaje de seguridad a lo largo de una línea que va de 0 (inseguro) a 100 (seguro) en cada una de las ocho situaciones.

Tabla 2. Resultados del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).

Situación	Puntuación
Emociones desagradables	25
Malestar físico	45
Emociones agradables	75
Probando auto-control	75
Necesidad física o urgencia por consumir	30
Conflicto con otros	30
Presión social	25
Momentos agradables con otros	40

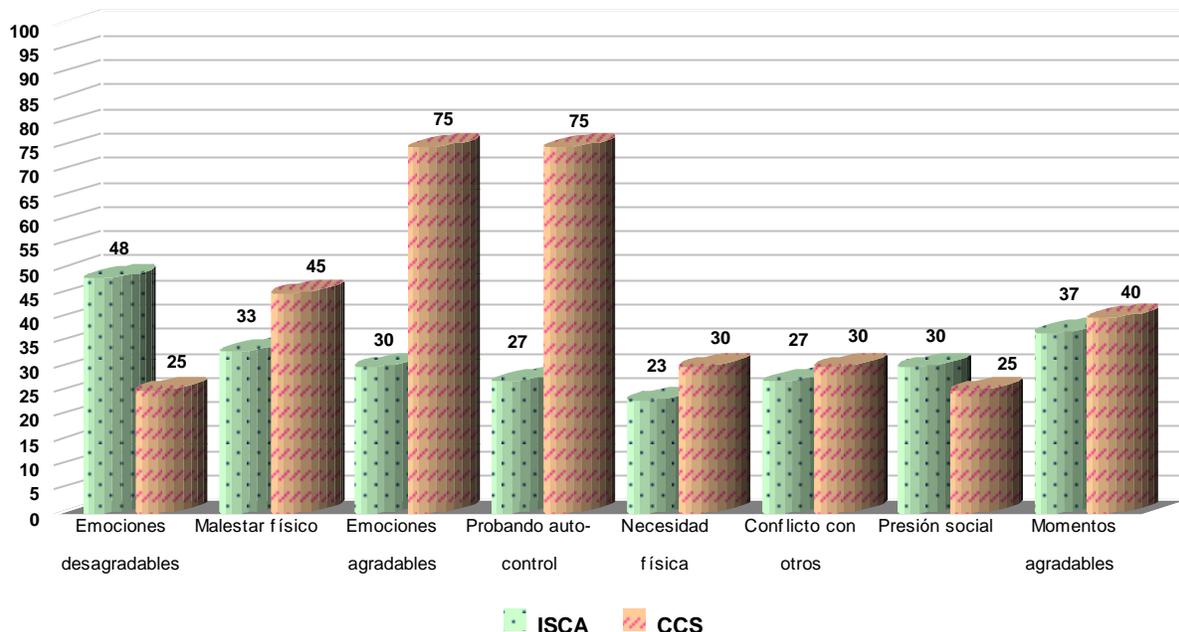
El usuario reportó confianza para controlar su consumo de alcohol en situaciones de riesgo específicas, predominando las siguientes en cada subcategoría:

- 1.- Situaciones personales: Emociones agradables (75 puntos), probando autocontrol (75 puntos) y malestar físico (45 puntos).
- 2.- Situaciones que involucran a terceras personas: Momentos agradables con otros (40 puntos) y conflicto con otros (30 puntos).

En este sentido encontramos que es frente a la necesidad física o urgencia por consumir, conflicto con otros, emociones desagradables y la presión social aquellas situaciones en las que muestra menor autoeficacia.

Los resultados y la comparación entre el ISCA y el CCS se puede observar en la gráfica 1, observando aquellas situaciones en las que el usuario tiene mayor riesgo de consumir y el nivel de Autoeficacia que percibe en cada una.

Gráfica 1. Situaciones de riesgo al consumo y seguridad para resistirse al consumo



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

El objetivo de la LIBARE consiste en valorar el patrón de consumo de alcohol del usuario por día durante los 12 meses previos a la intervención. Permitiendo estimar el número de copas estándar, el consumo máximo y mínimo, así como los períodos de abstinencia y días de mayor y menor consumo. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que presentan dependencia severa (Sobell y Sobell, 1992).

Se desarrolló para ayudar a los bebedores problema que inician el tratamiento a recordar su patrón de consumo de bebidas alcohólicas. Mediante este método es posible obtener registros precisos del consumo de alcohol, antes y después del tratamiento. Diversos estudios psicométricos han mostrado que la LIBARE es un instrumento de medición adecuado, a pesar de que la obtención de datos es a través del método retrospectivo, para la obtención de consumo de alcohol (Maisto, Sobell, Cooper y Sobell, 1979; Connors, Watson y Maisto, 1985; Sobell y Sobell, 1992). Los resultados de la LIBARE del usuario se presentan en la tabla 3:

Tabla 3. Reporte de resultados de la línea base retrospectiva (LIBARE).

---

Mes	Año	No. Tragos estándar
1. Enero	2008	189
2. Febrero	2008	180
3. Marzo	2008	171
4. Abril	2008	127
5. Mayo	2008	77
6. Junio	2007	156
7. Julio	2007	141
8. Agosto	2007	141
9. Septiembre	2007	156
10. Octubre	2007	132
11. Noviembre	2007	141
12. Diciembre	2007	111

Total de consumo: **1722 tragos estándar**

---

**Fecha LIBARE:**  
15/05/2008  
**Periodo: 15/06/2007 al**  
**14/05/2008**

### Consumo diario promedio

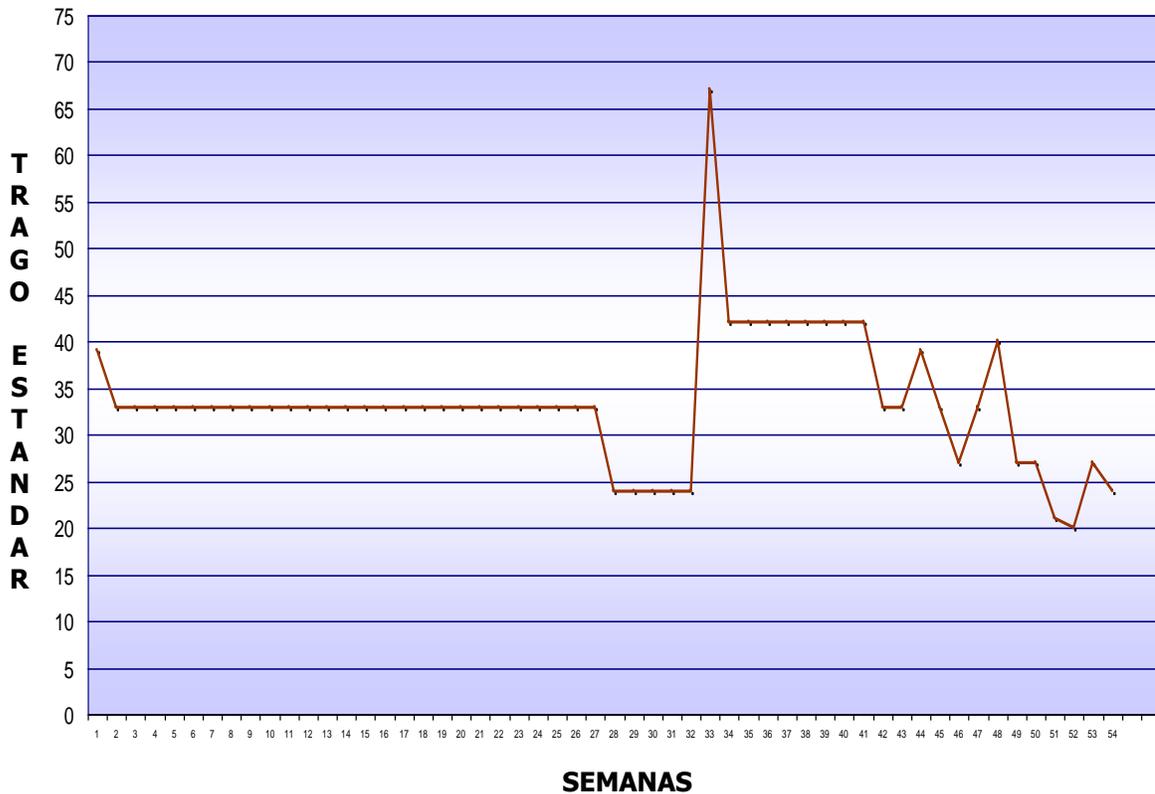
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
<b>477</b>	33	26	20	0	<b>437</b>	<b>729</b>

- Rango de días: 365
- Número máximo de copas estándar consumidas: 18
- Número máximo de días de abstinencia continua: 4
- Porcentaje de días en los que consumió alcohol: 42.5%
- Consumo promedio diario: 11.3

### Porcentaje de días y tipo de consumo

No. Tragos	% Total de días
Durante el año pasado no bebió	54.7 %
Bebió moderadamente (de 1 a 4 tragos por ocasión)	1.4 %
Bebió excesivamente (de 5 a 10 tragos por ocasión)	24.7 %
Bebió muy excesivamente (más de 10 tragos por ocasión)	19.2 %

Gráfica 2. Línea Base Retrospectiva (LIBARE).



En la gráfica 2. Se puede observar el patrón de consumo del usuario un año antes de ingresar al tratamiento, identificando un nivel de consumo elevado pero relativamente estable entre Junio y Diciembre de 2007, no obstante en los meses de Enero a Marzo, se presentan elevaciones considerables en su consumo, detectando cambios constantes en su patrón sin llegar a mostrar predominantemente el consumo moderado.

### **3. RECURSOS DISPONIBLES Y DÉFICITS**

El usuario cuenta con recursos personales, tales como adecuado nivel cognitivo, es capaz de planear e identificar aspectos esenciales de su conducta, es un joven reflexivo, recurso que le brinda la identificación rápida de los beneficios que le trae el no consumir o el beber moderadamente, además de reconocer las consecuencias negativas a causa de su consumo. Identifica de manera clara las situaciones que le ponen en riesgo de consumir o excederse, siendo capaz de realizar planes de acción eficaces. Muestra interés en cambiar su manera de beber, reflejándose en las modificaciones que ha realizado en sus actividades diarias y en las diversas áreas en las que se desarrolla, encontrando alternativas para reducir su consumo; le agrada jugar videojuegos, el futbol, leer, ver televisión, ir al cine y escuchar música, actividades que le satisfacen y lo alejan del consumo. Asimismo cuenta con el apoyo de su familia, particularmente de sus padres, quienes han mostrado interés y apoyo hacia el usuario, reconociendo los logros y cambios que ha hecho para modificar su manera de beber, su padre lo acompaña en las primeras sesiones y durante el tratamiento se mantuvieron atentos a su conducta, además de reconocer, pese a sus ideales religiosos que beber moderadamente es una opción que aleja al usuario de consecuencias negativas y de comportamientos que lo ponen en riesgo como las peleas en la calle o llevárselo a un ministerio público por encontrarlo bebiendo en la calle. Aunado a ello, el usuario cuenta con grupos de amigos que no consumen alcohol ni drogas reconociendo que también con ellos se divierte, sin tener que consumir, además de haber iniciado una nueva relación, con la que comenta se siente a feliz y lo acompaña al Centro en el segundo seguimiento.

No obstante que cuenta con el apoyo de sus padres y de amigos que no consumen, se considera un joven tímido para relacionarse adecuadamente con los demás, con un bajo autoconcepto, manifiesta sentirse en ocasiones triste y enojado por no cubrir las expectativas de sus padres. Asimismo muestra cierto grado de impulsividad, dado que le cuesta trabajo en ocasiones controlar su consumo y se involucra en conductas de riesgo relacionadas con su consumo elevado, tales como peleas callejeras, discusiones con sus amigos y padres, salir de una fiesta muy tarde en zonas de peligro, quedarse dormido en un parque y llegar a tener consumos a nivel experimental con otras sustancias, tales como el tabaco y la marihuana. Asimismo, el usuario percibe represión dentro de la familia, comenta que no puede ser él y expresar sus sentimientos de manera abierta, a esto añade que es por la religión cristiana que profesan en la familia, además de ambivalencia en los límites impuestos y comparaciones hacia él con relación a los de sus hermanos, así como las constantes discusiones con su hermana, quien de manera constante lo insulta y rechaza por consumir alcohol. Así también, el usuario detecta dificultades para relacionarse con su grupo de pares que no sea a través del consumo, de forma tal que tres de los grupos con los que se reunía consumen alcohol y otras drogas.

#### 4. DIAGNÓSTICO

De acuerdo a los criterios del DSM-IV, el usuario es identificado como una persona con presencia de abuso de sustancias adictivas (alcohol), presentando un patrón de consumo de sustancias adictivas mal adaptativo, en donde la cantidad (15 a 20 tragos), frecuencia (2 a 3 veces por semana) y forma en la que el individuo ingiere dicha sustancia le ocasiona problemas clínicamente significativos o de estrés disfuncional como problemas con su familia y amigos, además de afectar otras áreas de su vida como la escolar y emocional.

En resumen se trata de un usuario que cubre los criterios de inclusión para ingresar al programa Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, (Ayala y Echeverría, 1998; Echeverría y cols., 2005), presenta problemas con su manera de beber y cuya dependencia al alcohol es media, manifestando dificultades para dejar de beber, organizar su vida de acuerdo a cuándo y dónde puede beber y a la mañana siguiente de una noche bebiendo en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar, por lo que cubre las características de un bebedor problema, (bebe de manera esporádica cantidades que lo ponen en riesgo de manifestar problemas de salud, sociales o psicológicos, sin presentar problemas de dependencia), (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

#### 5. TRATAMIENTO

Los principales objetivos terapéuticos establecidos y las técnicas implementadas se resumen en la tabla 4:

Tabla 4. Objetivos y técnicas desarrolladas durante el tratamiento

<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar motivo de consulta y tipo de sustancia</li><li>- Obtener historia de consumo</li><li>- Explorar problemas asociados al consumo</li><li>- Identificar si el candidato cubre con los criterios para ingresar al programa de tratamiento</li><li>- Identificar la etapa de motivación para el cambio</li></ul>	Entrevista Motivacional
<ul style="list-style-type: none"><li>- Obtener patrón de consumo</li><li>- Identificar las principales situaciones de consumo</li><li>- Establecer la Autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo</li></ul>	Aplicación de instrumentos de medición

- Toma de decisión al cambio	Balance decisional
- Establecer el límite de tragos estándar	Establecimiento de metas
- Identificar situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol	- Automonitoreo - Análisis Funcional (Antecedentes y Consecuentes)
- Identificar formas de afrontamiento de los problemas originados por el consumo de alcohol	- Elaboración de planes de acción. - Cambios en la conducta de beber. - Entrenamiento en técnicas de autocontrol conductual - Establecer sistema de recompensas. - Solución de problemas. - Entrenamiento en habilidades sociales para rehusarse al consumo y de afrontamiento. - Manejo de emociones (enojo y tristeza)
- Nuevo establecimiento de meta con relación al consumo	- Balance decisional - Automonitoreo - Análisis Funcional (Antecedentes y Consecuentes)
- Mantenimiento de meta	- Prevención de recaídas - Uso óptimo de redes y recursos sociales

### 5.1 Desarrollo de las sesiones de Tratamiento

Con el Paso 1. **DECIDIR CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS**, el objetivo consistió en que a través de la intervención motivacional, se guiará al usuario para que lograra su propio cambio, de tal forma que asumiera un papel activo en el cambio, usando sus propios recursos y tomando responsabilidad para lograrlo. Se empleó el Balance decisional para que el usuario considerará los pros y contras de su conducta de consumo. Posteriormente se procedió al establecimiento de la meta, explicando en qué consiste beber moderadamente y el trago estándar, así como la opción de la abstinencia. Se abordó el tema del metabolismo del alcohol y se explicó en qué consistía el Automonitoreo, así como el llenado e importancia del autorregistro.

A continuación se describen los ejercicios realizados en el primer paso del tratamiento:

#### EJERCICIO A: DECISION DE CAMBIO

	CAMBIAR MI FORMA DE BEBER	CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER
BENEFICIOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoraría mi salud</li> <li>• No tendría problemas en la calle con los cholos</li> <li>• No tener deudas con mis amigos o compañeros</li> <li>• Mejorar mis relaciones con los demás</li> <li>• No tener peleas con mis padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar un poco alegre</li> </ul>
COSTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirme deprimido</li> <li>• Miedo a no saber que hacer cuando tenga problemas</li> <li>• Olvidar mis problemas por ratos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas con mi familia</li> <li>• Problemas en la escuela</li> <li>• Peleas con otros compañeros o vecinos</li> </ul>

#### EJERCICIO B: RAZONES PARA CAMBIAR

Las razones más importantes por las cuales quiero cambiar mi forma de beber son:

1. *Con mi familia, para que no se enojen y ya no discutamos porque a veces eso me pone triste*
2. *Llegar a terminar una carrera (Psicología), concretar planes a futuro y si no le bajo no podré hacer nada*
3. *No tener problemas en la calle con otros chavos, como peleas, discusiones y hostilidades*

#### EJERCICIO C. METAS

META = Moderación

Forma de beber:

- En un día promedio.- *No más de 4 tragos estándar*
- En una semana promedio.- *No más de 3 días (Sábado, Domingo y Lunes)*

No beber en absoluto:

- *Cuando esté enojado, deprimido, con miedo o me sienta solo*
- *Cuando esté en riesgo mi vida o mi seguridad*
- *No voy a beber de Martes a Viernes*

Planeo beber solamente:

- *Cuando haya una fiesta en casa*
- *Cuando me invite mi hermano y yo no compre*

IMPORTANCIA DE LA META ESTABLECIDA= 75%

CONFIANZA EN LOGRAR LA META= 75%

El paso 2. **IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO**, se desarrollo en dos sesiones, debido a que el usuario no llevó la lectura y se trabajaron las actividades dentro de las sesiones, la primera actividad realizada fue revisar el autorregistro para identificar los días de consumo moderado y los días de exceso, se explicó el proceso de recaída, así como la modificación de una meta a largo plazo, identificando las situaciones de riesgo específicas del usuario, haciendo un análisis detallado de los disparadores y sus consecuencias para cada situación de riesgo identificadas por el usuario, por lo que el Análisis funcional resulto ser la técnica que permitió detectar y especificar cada situación.

A continuación se presentan cada uno de los ejercicios desarrollados por el usuario:

## EJERCICIO 2: SITUACIONES EN LAS QUE HAYA TOMADO ALCOHOL EN EXCESO

### SITUACIÓN 1

- 1) Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso. Inicie especificando aquella que Usted considere como la más frecuente.

*Después de jugar fútbol un domingo en una cancha cercana a la casa.*

2. Describa lo más específicamente posible los disparadores que favorecieron el que tomara alcohol en exceso, en esa ocasión:

*Tenía sed, habíamos perdido el partido, me sentía triste y enojado, quería olvidar, me invitaron mis compañeros.*

3. Describa lo más específicamente las consecuencias que tuvo ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso. Recuerde considerar las consecuencias inmediatas y demoradas así como las consecuencias negativas y positivas.

*Problemas y enojos con mis papás, más tarde y al otro día ganas de vomitar, mareos y mucha sed.*

### SITUACIÓN 2

- 1) Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso. Inicie especificando aquella que Usted considere como la más frecuente.

*Convivencia con mis amigos más grandes de edad que yo que se juntan en la calle*

2. Describa lo más específicamente posible los disparadores que favorecieron el que tomara alcohol en exceso, en esa ocasión:

*Me sentía deprimido y con eso se me olvidaban los problemas emocionales y pensé en sentirme un poco alegre.*

3. Describa lo más específicamente las consecuencias que tuvo ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso. Recuerde considerar las consecuencias inmediatas y demoradas, así como las consecuencias negativas y positivas:

*Problemas con los cholos de la calle y olvidé como llegar a mi casa, al día siguiente tuve dolor de cabeza y cruda moral por mis papás.*

### SITUACIÓN 3

- 1) Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso. Inicie especificando aquella que Usted considere como la más frecuente:

*En la escuela con mis amigos de la escuela, fuimos a un billar y luego a una fiesta.*

2. Describa lo más específicamente posible los disparadores que favorecieron el que tomara alcohol en exceso, en esa ocasión:

*La convivencia, porque me sentía alegre, se me olvidaban los problemas, quería olvidar a una chava y pensé que así lo lograría.*

3. Describa lo más específicamente las consecuencias que tuvo ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso. Recuerde considerar las consecuencias inmediatas y demoradas y también las consecuencias negativas y positivas:

*Nos corrieron de la fiesta y peleamos en la calle, además no sabía cómo llegaba a mi casa porque me gastaba lo del pasaje y preocupaba a mis papás.*

El paso 3 **ENFRENTAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL** se desarrolló en dos sesiones, debido a que los planes se trabajaron meticulosamente. Se procedió a la revisión del autorregistro y se recordó al usuario cuáles eran las situaciones de riesgo que él identificó en el paso 2, con el fin de elaborar planes de acción adecuados y oportunos para hacer frente a esas situaciones en específico. De forma que el usuario identificó varias opciones para cada situación de riesgo, analizando cuales serían las ventajas y desventajas de cada opción y decidiéndose por la más idónea. Posteriormente el usuario detalló cada plan de acción para lograr ponerlo en práctica y así poder monitorear su progreso.

A continuación se detalla cada ejercicio realizado por el usuario en el paso 3:

#### EJERCICIO 3 A .OPCIONES Y CONSECUENCIAS

#### EJERCICIO 3 B.

---

##### PLAN DE ACCION 1

Situación de consumo excesivo # 1 Después de jugar fútbol

OPCION.- Ir a jugar pero no beber, consumir refresco o agua

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 1.- No me quedaría mucho tiempo para echar relajo.

##### PLAN DE ACCION

- *Comprar un refresco o agua muy fría antes de que saquen la cerveza y se me antoje.*

- *Comprarla antes de salir a jugar. Si no tengo dinero pedirle fiado al de la tienda o a mi mamá.*
  - *Si se me antoja irme a mi casa, decirles que tengo que hacer tarea u otra actividad como hacer ejercicio, jugar con mi balón en la casa con mi hermano o solo.*
  - *Al llegar a mi casa me puedo bañar, ver la TV, jugar x-box, platicar con mi hermano.*
  - *Si me insisten decirles que me están esperando en mi casa. Si me siguen insistiendo decirles que prefiero tomar refresco porque me voy a ir rápido, pero si continúan insistiendo confrontarlos diciéndoles ¿porqué es importante para ellos que yo me las tome?.*
- 

#### PLAN DE ACCION 2

Situación de consumo excesivo # 2 Convivencia con mis amigos de la calle

OPCION.- Estar con ellos sólo 3 hrs

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 2.- No me quedaría mucho tiempo a platicar.

#### PLAN DE ACCION

- *Llegar tomando un refresco para que no me inviten tan rápido o no se me antoje*
  - *Beber solo 1 cerveza, darles sorbos o tragos chicos, tomarme la mitad en una hora y la otra a la siguiente.*
  - *Si tomo en vaso contar cuántos llevó para no pasarme.*
  - *Estar platicando y echando relajo para que no quiera más.*
  - *Irme rápido a mi casa a ver una película por ejemplo del señor de los anillos, jugar x-box, ir al café internet con un amigo que no le gusta beber y le gusta explicarme como usar los programas de la computadora.*
  - *que no bebe o hablarle a una amiga para ir al cine.*
- 

#### PLAN DE ACCION 3

Situación de consumo excesivo # 3 Ir a una fiesta con mis amigos

OPCION.- Ir a la fiesta.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION # 2.- Tendría que cuidar a los demás y no me divertiría tanto.

#### PLAN DE ACCION

- *Llegar más tarde a la fiesta, para no empezar tan temprano, quedarme sólo si esta divertida, beber despacio, una por hora y anotar cuántas llevo en mi celular, si los demás se empiezan a poner locos mejor irme sino voy a tener que quedarme a repartir borrachos.*
- *Empezar con agua mineral o un refresco muy frío o comer alguna botana, si se me acaba mi cerveza pararme a bailar o platicar.*
- *Si me insisten para que me quede, decirles que tengo cosas importantes que hacer al día siguiente muy temprano y que ya me tengo que ir, o también invitar a un amigo o amiga, se me ocurre que Laura o Carmen que no toman y tienen que llegar temprano a sus casas para que nos vayamos.*

Durante el paso 4. **NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS**, se exploró y analizó el éxito de los planes de acción implementados por el usuario, se revisó el autorregistro y se realizó un nuevo establecimiento de meta, en la que el usuario eligió la disminución. Asimismo se realizó un resumen del trabajo desarrollado en cada sesión, con el objetivo de recapitular sus avances y la manera en que lo logró, rescatando los beneficios que identificó los días que no consumió y los días en que logró su meta, haciendo énfasis en aquellas situaciones en las que llegó a beber en exceso y sus consecuencias negativas.

A continuación se describe el desarrollo del nuevo establecimiento de meta por parte del usuario:

META= DISMINUCION

Forma de consumo:

- *No más de 4 tragos estándar en un día*
- *No más de 12 tragos estándar por semana*
- *Beber un trago estándar por hora*

No beber en absoluto:

- *Cuando me sienta feliz*
- *Cuando me sienta triste*
- *Cuando esté en riesgo mi vida*
- *Cuando termine de jugar futbol*
- *Cuando este solo*
- *Cuando este enojado*

Beber solamente:

- *Cuando haya un día especial con mi familia como un cumpleaños y sólo si realmente quiero hacerlo*

- **IMPORTANCIA DE LA META ESTABLECIDA= 95%**
- **CONFIANZA EN LOGRAR LA META= 85%**

## 6. SEGUIMIENTOS

---

### PRIMER SEGUIMIENTO (1 MES)

---

Se exploró el patrón de consumo y se empleo la entrevista motivacional, así como el análisis del autorregistro y se revisaron los siguientes puntos:

- Análisis de los planes de acción utilizados
- Estrategias empleadas: comer antes de beber, espaciar tragos, contar tragos, platicar, bebidas no alcohólicas,
- Análisis y solución de recaídas
- Análisis de las situaciones de riesgo relacionadas con el consumo
- Beneficios observados: Mejora relación con sus padres,
- Disminuyen preocupaciones de salud, logra hacer frente a la presión
- Dejo de consumir algunos sábados y domingos

SEMANA	1	2	3	4	5
# TRAGOS	8	15	22	6	10

---

### SEGUNDO SEGUIMIENTO (3 MESES)

---

El usuario asistió a la sesión con su novia y su tono emocional era alegre y relajado, comento sentirse feliz, estable y considera que podrá pasar la materias que debe en la escuela para no perder el semestre, por lo que se realizó un plan de acción para estudiar para dos exámenes extraordinarios.. Asimismo se exploró el patrón de consumo y se empleo la entrevista motivacional, así como el análisis del autorregistro y se revisaron los siguientes puntos:

- Análisis de los planes de acción utilizados
- Análisis y solución de recaídas (Fiestas con amigos)
- Análisis de las situaciones de riesgo relacionadas con el consumo
- Estrategias empleadas: comer antes de beber, espaciar tragos, contar tragos, platicar, bebidas no alcohólicas, no beber con amigos que lo presionan, no beber cuando esta triste, beber lentamente en pequeños tragos, alternar tragos con agua o refresco

\*Inicia una nueva relación, cambio de equipo de futbol, grupo que consume menos, deja de beber con amigos de la escuela y cercanos a ésta, menor consumo con vecinos, mejor relación con sus padres.

---

### TERCER SEGUIMIENTO (6 MESES)

---

El usuario asistió a la sesión en compañía de su mamá (colateral), comenta haber reducido su consumo y llegar a beber menos de cuatro tragos estándar por ocasión,

datos que se denotan tras el llenado de la LIBARE y el análisis de su auto registro, y comenta seguir empleando sus estrategias. Asimismo se revisaron los siguientes puntos con el usuario:

- Análisis de los planes de acción utilizados.
- Análisis y solución de problemas.
- Análisis de las situaciones de riesgo observadas durante este periodo.
- Beneficios de mantenerse en un consumo moderado con su familia, su pareja, hermana y amigos.
- Estrategias empleadas: comer antes de beber, espaciar tragos, contar tragos, platicar, bebidas no alcohólicas, no beber con amigos que lo presionan, no beber cuando esta triste, beber lentamente en pequeños tragos, alternar tragos con agua o refresco, cambio de pensamiento, recordar consecuencias negativas cuando bebió en exceso y los beneficios observados en este periodo que se ha mantenido en un consumo moderado.

Con relación a la entrevista realizada a la madre de usuario, comentando que ha mostrado cambios en su estado de ánimo, comenta *“ya no se enoja o se pone triste, no sale de la casa desesperado para consumir, ya me platica más las cosas y no discutimos tanto, además ya no llega oliendo a alcohol”*. La madre del usuario refiere que esta trabajando y les ayuda en ocasiones. Asimismo señala que ya no se junta con el grupo de vecinos cercanos a la casa y en general mantienen una mejor comunicación con el usuario, además de percibir que el apoyo de ellos como familia es importante.

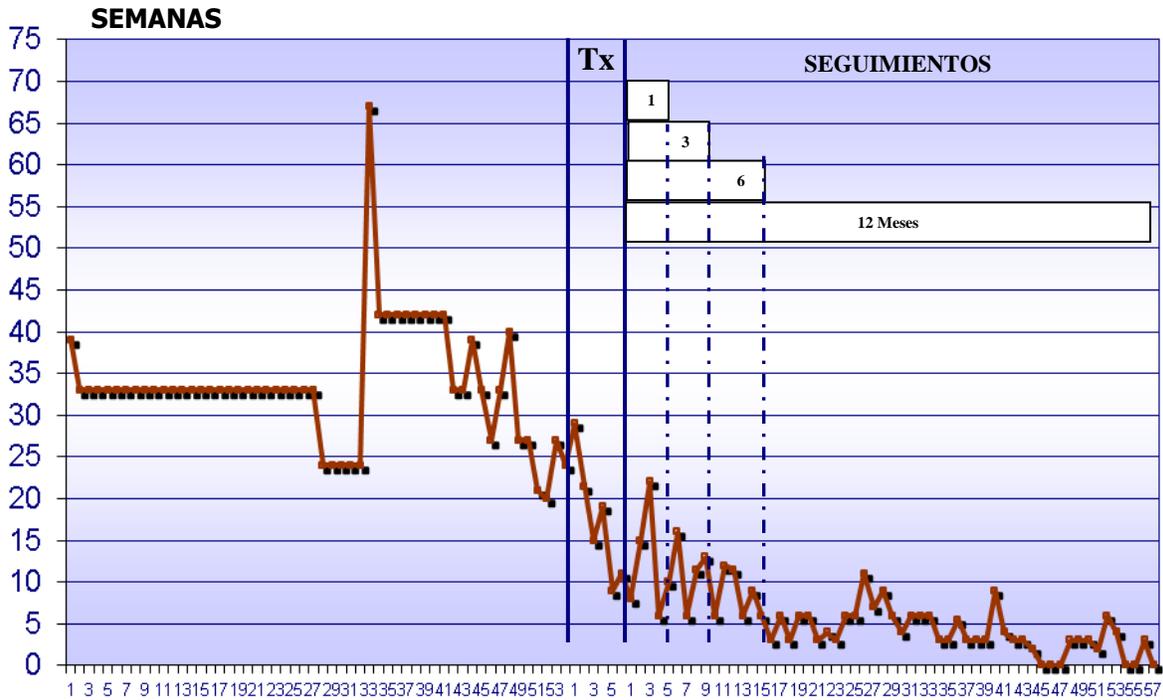
#### **CUARTO SEGUIMIENTO (12 MESES)**

El usuario asistió puntualmente a su sesión y se hizo acompañar por su mamá (colateral). Durante la sesión se recapitula el proceso de cambio, se revisa el autorregistro e indaga sobre el consumo, posteriormente se aplica la LIBARE, la escala de BEDA, el CCS, las subescalas de Pistas A y B, y la entrevista de seguimiento al usuario. Durante la sesión se calificaron e interpretaron la escala BEDA y las Subescalas de la prueba de Pistas A y B. Se realiza la entrevista de seguimiento al colateral para corroborar información brindada por el usuario, y se rescata el apoyo familiar dentro del proceso de intervención.

<b>PATRON DE CONSUMO SEGUIMIENTOS</b>															
Primer seguimiento															
SEMANA	1	2	3	4	5										
# TRAGOS	8	15	22	6	10										
Segundo seguimiento															
SEMANA	6	7	8	9	10	11	12	13	14						
# TRAGOS	16	6	11.5	13	6	12	11.5	6	9						
Tercer seguimiento															
SEMANA	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
# TRAGOS	6	3	6	3	6	6	3	4	3	6	6	11	7	9	6
Cuarto seguimiento															
SEMANA	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
# TRAGOS	4	6	6	6	3	3	5.5	3	3	3	9	4	3	3	2
SEMANA	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57		
# TRAGOS	0	0	0	3	3	3	2	6	4	0	0	3	0		

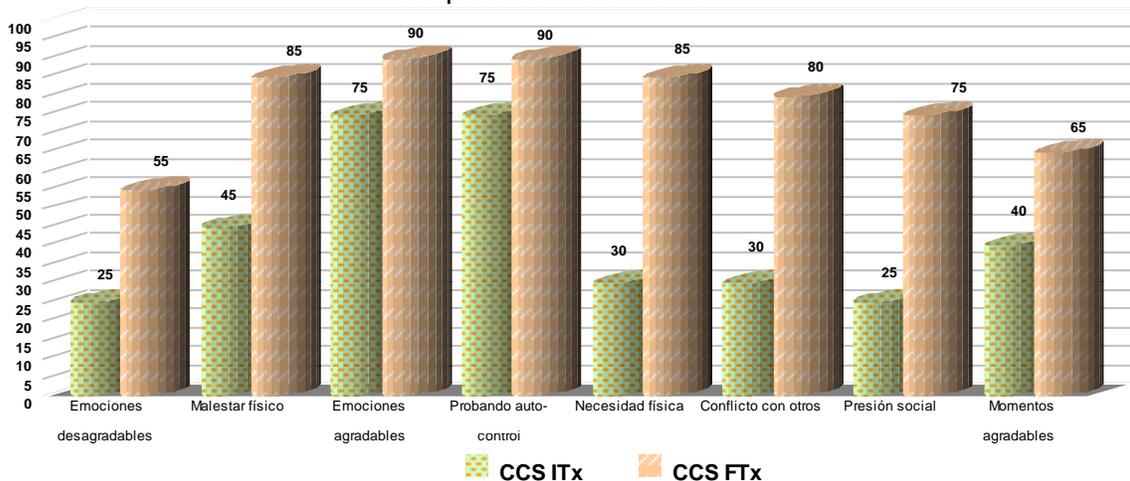
## 7. RESULTADOS

Gráfica 3. Patrón de consumo en LIBARE, Tx y 4 seguimientos (1,3, 6 y 12 meses)



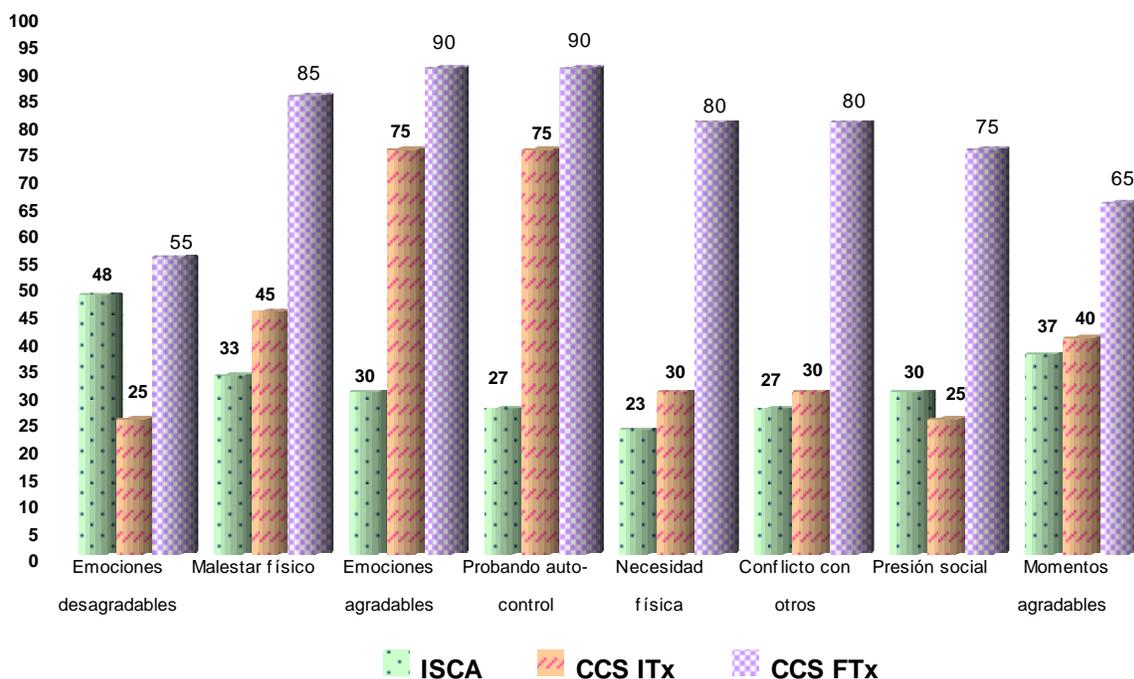
En la gráfica 3 se puede observar que durante el tratamiento el usuario redujo de manera considerable su consumo de alcohol durante las seis semanas de tratamiento (semana 1 de Tx=29 tragos estándar, semana 2 de Tx=21.5 te., semana 3 de Tx= 15 te., semana 4 de Tx= 19 te., semana 5 de Tx= 9 te. Y semana 6 de Tx=11 te.), así como las tres sesiones de seguimiento (al mes, tres y seis meses después de concluir el tratamiento, observando una importante reducción de daño y la moderación en su conducta de consumo.

Gráfica 4. Comparación de la seguridad del usuario para resistirse al consumo antes y después del tratamiento.



En la Gráfica 4. Se observa el Pre y Post del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), mostrando la elevación de la Autoeficacia frente aquellas situaciones que el usuario percibía antes del tratamiento como problemáticas y en las percibía inseguridad de poder resistirse al consumo, tales como las relacionadas con las emociones desagradables, el malestar físico, necesidad física, conflicto con otros, ante la presión social y momentos agradables con otros.

Gráfica 5. Comparación del ISCA y del CCS (Pre y post Tx)



En la gráfica 5, se observa la elevación de la autoeficacia por parte del usuario después del tratamiento con relación aquellas situaciones que el usuario percibía de alto riesgo, tales como: Emociones desagradables, momentos agradables con otros, presión social, malestar físico y emociones desagradables, por lo que se sugiere que es capaz de afrontar adecuadamente ahora dichas situaciones y mostrar habilidades frente a una recaída, retomando su meta.

A partir del análisis de resultados obtenidos por el usuario, es posible realizar un análisis a nivel cualitativo, por lo que se sugiere que los problemas relacionados con el consumo del usuario se redujeron y pudo percibir beneficios en otras áreas de su vida, por lo que en el área familiar, el usuario reporto llevar una mejor relación con sus padres, disminución de discusiones relacionadas con manera de consumir y los problemas asociados, como llegar tarde, faltar a la escuela y mayor confianza. En el área escolar el usuario percibió al concluir el tratamiento elevación en las calificaciones y evitar problemas relacionados con su anterior inasistencia. Respecto al área interpersonal el usuario no manifestó más peleas o riñas en la calle después de beber en exceso e ingresó a un nuevo equipo de futbol en donde no se presiona al consumo o no consumen. En cuanto al área de salud, ya no hubo presencia de vómito o mareos a causa de su consumo, menor irritación estomacal y un mejor aspecto. En el área

emocional, el usuario reportó sentirse feliz y con mayor seguridad para enfrentar la presión de los demás, sugiere que ha dejado de sentirse “menos que los demás”, asimismo reportó que ha evitado estar enojado. Con relación al área cognitiva, ya no hay presencia de olvidos y logra concentrarse mejor. Finalmente en el área económica percibió menos gasto y logra ahorrar el dinero que antes destinaba al consumo, además de trabajar medio tiempo y mostrar un adecuado desempeño.

## **8. PRONÓSTICO**

A partir del desempeño del usuario y la evaluación del progreso a lo largo del tratamiento y los seguimientos realizados (al mes, tres, seis y doce meses) se pronostica que el usuario cuenta con las estrategias necesarias para continuar manteniéndose en un consumo moderado, tras haber modificado su conducta y haber mostrado control sobre su conducta de consumo de alcohol, aprendiendo de sus recaídas para poder evitarlas en lo subsecuente. Asimismo durante los seguimientos fue posible observar los cambios después del tratamiento, se percibe más seguro y motivado en mantener su meta y seguir empleando las estrategias que le han funcionado para mantenerse en la moderación. Aunado a ello, los beneficios percibidos por el usuario han sido fuertes motivadores, entre ellos el apoyo de sus padres, tener más dinero para otras actividades alternativas al consumo. El obtener información por parte de un familiar que en el caso del usuario fue su mamá, durante el tercer seguimiento, fue importante para recabar información respecto a la percepción de la familia con relación al consumo del usuario, manifestando que el usuario ha llegado temprano a casa y sin consumir, lo ha notado mejor en su estado emocional, puede salir a jugar los fines de semana y regresar al terminar el partido y sugiere que ahora se involucra más con la familia, incluso comenta que ha estado ahorrando para sus gastos y no pedirles a ellos, debido a que su padre fue diagnosticado con problemas en la próstata y será operado por lo que el usuario se ha mantenido a lado de ellos para apoyarlos.

## **9. CONCLUSIONES**

Los resultados del reporte de caso muestran cambios significativos e importantes en el patrón de consumo de alcohol en el caso AMR ya que hubo un aumento del número de días de abstinencia y una disminución del número de copas totales al año. El Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema fue eficaz mostrando resultados favorables en el usuario, concluyendo que llegó a su meta de moderación con relación a su consumo, asimismo es importante resaltar que la etapa de cambio en la que se fue el usuario es de Acción, fue capaz de reconocer las consecuencias vinculadas a su consumo, establecer planes para afrontar adecuadamente las situaciones de riesgo y manifestó una adecuada adherencia al tratamiento. Si bien al principio de la intervención el usuario tenía una disminuida percepción del riesgo con relación a su conducta de consumo, fue capaz de identificar conductas de riesgo relacionadas, en este sentido la ENA 2011 refiere que los varones denotan una menor percepción de riesgo que las mujeres; la literatura sugiere que una de las características de los bebedores problema es que ellos no se ven a sí mismos como alcohólicos y para ellos resulta más adecuado el control de consumo ya que no presentan síntomas de dependencia severa donde ellos aceptan con mayor facilidad la moderación como objetivo terapéutico (Ayala, 1994, Echeburúa, 2001, L. C. Sobell, 2001).

Asimismo el usuario a lo largo del tratamiento fue puntual, asistió a todas las sesiones, cumplía con la mayoría de las tareas y ejercicios de cada lectura, realizaba el llenado de su autorregistro, puso en marcha sus planes de acción y empleo sus estrategias y habilidades, organiza su vida de forma que pueda seguir manteniéndose en la moderación y cuando llega a tomar más allá del trago estándar, retoma su meta. Es importante resaltar que una de las características del bebedor problema es que su consumo es de forma episódica-explosiva, donde generalmente se limita a beber los fines de semana, lo cual es observado claramente en los resultados obtenidos con relación al total de copas por día de la semana.

Se puede describir como un usuario proactivo, debido a que cambió su estilo de vida y estableció sus propias metas, logra afrontar adecuadamente las situaciones de alto riesgo a fin de evitar en el futuro problemas de consumo excesivo y comenta que ya no presenta dificultades para dejar de beber, puede rehusarse al consumo, ya no organiza su vida de acuerdo a cuándo y dónde puede beber, además de que ya no toma al día siguiente para evitar malestar físico. Esto puede deberse a que el bebedor problema generalmente tiene mayores recursos personales, sociales y económicos que el bebedor con dependencia severa, además que los problemas en relación al consumo pueden ser mínimos ya que aún no tienen graves problemas relacionados con su consumo (Ayala, 1994, M. B. Sobell & L. C. Sobell, 1993).

El usuario mostró mayor autoeficacia que puede manejar su manera de beber, lograr la reducción de daño ocasionado por el consumo y mantener su meta. El tratamiento resultó adecuado para el usuario, logrando los objetivos planteados a través del avance y la adherencia a los procedimientos de la intervención, aunado a que es una alternativa de intervención eficaz en consulta externa específica para los bebedores problema. El modelo al estar sustentado en la teoría cognitivo social, brinda la posibilidad de emplear la intervención breve ayudando al bebedor problema a comprometerse a cambiar su conducta, así como a organizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el abuso en el consumo de alcohol, motivando a que el usuario llegue a su meta desarrollando estrategias generales de solución de problemas que le permitan enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta.

Cada una de las sesiones de la intervención fueron fundamentales para que el usuario lograra cambiar de etapa de motivación al cambio, y en este punto resulta positivo el reforzar también durante la sesión de evaluación todos aquellos períodos en los que se mantuvo sin consumo o la reducción del consumo, así como resaltar los beneficios en las diversas áreas de su vida, incidiendo en aquellas situaciones de riesgo al consumo y elevando su seguridad para evitar el consumo. Asimismo el seguimiento sirvió para conocer la efectividad del programa, obtener datos más confiables y observar el mantenimiento del cambio en el usuario, así como detectar recaídas, por lo tanto, el seguimiento es un componente esencial y útil tanto para el terapeuta como para el usuario, de ahí la importancia de llevarse a cabo en cualquier tipo de Programa o Intervención (Catanzaro & Green, 1970, Horn & Chueh, 2004, Miller, 1989, L. Sobell & M. Sobell, 1981).

Los resultados alcanzados al aplicar el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema muestran sus bondades, produciendo modificaciones significativas en la forma de consumo de alcohol. De tal forma que tras el avance y el

termino de la intervención obtuvo beneficios en el área de sus relaciones sociales, manifestando ya no participar en riñas callejeras, ser más paciente y manejar de manera positiva sus emociones particularmente el enojo y la tristeza, en el área escolar logro retomar sus estudios e incorporar de manera adecuada esta área a su proyecto de vida, en el área de la salud física dejo de presentar malestar físico y crudas, aunado al fortalecimiento de mejores relaciones familiares y sociales que era la primera de las consecuencias negativas que el usuario percibió respecto a su conducta de consumo. Resulta además importante señalar que el usuario logró mantenerse sin consumo de otras sustancias como la marihuana o los inhalables sustancias con las cuales experimento el usuario con antelación, no obstante se reforzó la abstinencia de las mismas y se exploró que no se sustituyera la disminución del consumo de alcohol por alguna otra sustancia.

Cabe señalar que la entrevista motivacional beneficio al usuario para tomar la decisión de cambiar su forma de consumo, establecer su meta de consumo que en este caso fue la moderación, aspecto que el usuario comenta que elegir por él mismo la meta le motivo a continuar e identificar que era su responsabilidad, evaluando las situaciones de riesgo y afrontar sus problemas con relación al consumo de alcohol. En este sentido se trabajo con el usuario aquellas situaciones de riesgo al consumo, siendo la presión social por parte de su grupo de pares la que logró manejar de manera adecuada a lo largo de la intervención a través de modelamientos e implementando sus planes de acción ante las distintas situaciones de recaída como asistir a fiestas, reunirse en la calle con vecinos consumidores de la colonia, jugar futbol y recibir invitaciones por parte de sus amigos para consumir. Asimismo el mantenimiento del cambio en el patrón de consumo acorde a la meta elegida por el usuario se cotejo durante los cuatro seguimientos, revisando las situaciones que lo llevaron a recaídas para poder trabajar en los componentes orientándolo a alcanzar el nivel de ejecución.

Tras las entrevistas de seguimiento el usuario manifestó sentirse satisfecho por su calidad de vida, y no considerar en la actualidad su consumo de alcohol como un problema. Asimismo las características de este modelo de tratamiento, en términos de su brevedad, bajo costo y nivel de efectividad lo hacen particularmente apropiado para países con recursos limitados y con pocas posibilidades de desarrollar programas de atención especializada.

Existen diversas formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o un daño importante para el individuo. Entre ellas se incluyen el consumo diario elevado, los episodios repetidos de beber hasta la intoxicación, consumos de alcohol que están causando daño físico o mental y el consumo cuyo resultado es el desarrollo de dependencia o adicción. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Asimismo los problemas asociados al consumo de drogas, tabaco y bebidas alcohólicas se encuentran entre las primeras causas de mortalidad y morbilidad en México (Cavazos y Del Río, 1989). En este sentido, las consecuencias que acompañan a la conducta adictiva, las estadísticas de los centros especializados ligados a la atención de este tipo de adicciones indican un lento y preocupante crecimiento, en particular en el uso de marihuana y solventes inhalables.

Como se puede observar a lo largo del presente reporte, al igual que en muchos países del mundo, en México el abuso de bebidas alcohólicas y la dependencia del alcohol

representan un problema de principal magnitud, tanto por los costos que generan a la sociedad y al sistema de salud, como por los efectos en los individuos y las familias. De ahí la importancia de la prevención y de la detección temprana del consumo de alcohol desde la atención primaria lleva consigo muchos beneficios potenciales. Proporciona una oportunidad para educar a los pacientes sobre el consumo dentro de los niveles de bajo riesgo y los riesgos que supone el consumo.

Por otra parte con relación a la prevención de las adicciones y cuando éste fenómeno se considera un problema dentro de su comunidad las personas individualmente y los grupos de población se organizan para responder a las necesidades de salud promoviendo actividades relacionadas con la salud, dentro y fuera de sus comunidades. Se busca que las comunidades saludables y las personas sanas; la alimentación y la nutrición; la prevención y el control del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; la salud reproductiva; los pueblos indígenas; los adultos mayores; los discapacitados; la prevención y el control de la violencia; la salud oral; y la salud mental (OPS, 2002). En este sentido se estimado que el consumo de sustancias en estas edades va en aumento, tanto en la frecuencia en que se presenta la conducta de consumo como en la cantidad de dosis ingerida, sin descontar que cada vez la demanda por algunas sustancias es más grande (Millman & Botvin, 1992; Vespa, 1993), de forma que los programas de prevención son una modalidad de intervención a problemas que generan alguna clase de impacto y sensibilidad social, en este caso el consumo de alcohol y drogas en adolescentes cuya tasa de incidencia está creciendo cada día más.

Por último, la creación de programas de intervención y el desarrollo de los mismo en México, deben ser adecuadamente diseminados e implementados direccionados a tener un amplio alcance para llegar a toda la población, estar basados en el conocimiento científico, incluir estrategias de capacitación y evaluación, así como desarrollarse de acuerdo a las diferencias culturales, de edad y de género. Por lo anterior se sugiere seguir desarrollando investigaciones para continuar observando los efectos de los distintos programas en la población mexicana.

## REFERENCIAS

1. Alcántar, M. (2002). *Prevalencia del intento suicida y su relación con el consumo de drogas, autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. Tesis Licenciatura UNAM. México.
2. Alcántara, M.H., Reyes, M.M. y Cruz. S., (2003). *Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Guía práctica para padres de familia*. Centros de Integración Juvenil, A.C. 66ª reimpresión. México.
3. Alejandro Díaz Martínez (2006). La identificación temprana y el tratamiento oportuno de bebedores excesivos en la población estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de México. Seminario: Enfoques sobre el consumo de bebidas alcoholicas en la UNAM. Pag. 20-49. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. Cuadernos FISAC. Febrero, 2006 Año 7 Vol. 1 Número 027.
4. Allen, J. P., Weissberg, R. y Hawkins, J. A. (1989). The relation between values and social competence in early adolescence. *Developmental Psychology*, 25(3), 458-464.
5. Alonso, C. y Del Barrio, V. (1994). Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol. *Socidroalcohol (XXI Jornadas Nacionales)* (pp. 613-627).
6. American Psychiatric Association. (1999). Practice Guideline for the treatment of patients with substance. American Psychiatric Association.
7. Ampudia, R. A., (2003). La Personalidad del Delincuente en Población Mexicana. XXIX Congreso Interamericano de Psicología. Julio, Lima, Perú.
8. Annis, H.M. (1982). Inventory of Drinking Situations. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
9. Annis, H.M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En W.R. Miller y Heather, N. The addictive behaviors: Vol. 11. Processes of change. New York: Pergamon Press.
10. Annis, H.M. y Davis, C.S. Assessment of expectancies in alcohol dependent clients. En Marlatt, G.A. y Donovan, D. Assessment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.
11. Annis, H.M., Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). Inventory of Drinking Situations (IDS): User's Guide. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
12. Annis, H.M., & Davis, C.S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial finding from a treatment trial. In T.B. Baker & D. Cannon (Eds.). Addictive disorders: Psychological research on assessment and treatment. New York: Praeger Publishing Company.
13. Anuario Estadístico. CEPAL/UN. 2006. <http://www.eclac.org>
14. Argyle, M. (1969). Social Interaction. Londres: Methuen.
15. Arturo Ruiz Ruisánchez (2006). Estrategia para combatir el consumo de alcohol en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Universidad Nacional Autónoma de México Seminario: Enfoques sobre el consumo de bebidas*

- alcohólicas en la UNAM Pag. 51-67. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. Cuadernos FISAC. Febrero, 2006 Año 7 Vol. 1 Número 027. Pag. 10-19.
16. Aubá, J. y Villalbí, J.R., (1993). Tabaco y adolescentes: influencia del entorno personal. *Medicina Clínica, 100*, 506-509.
  17. Ayala V.H (1992). El curso del alcoholismo: Una visión psicológica. *Investigación Psicológica*. Vol 3. Núm. 1 5-36. (Ponencia magistral VI Congreso Mexicano de Psicología Clínica. Octubre 1992, México, D.F.).
  18. Ayala, H, Echeverría, L., Sobell, M. & Sobell, L. (1997) Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, pp. 113-127.
  19. Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. & Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
  20. Ayala, H., Echeverría, L., (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores en México. *Acta Comportamental, 6 (1)*, 71-93.
  21. Bandura, A. (1986): *Social learning theory*. Englewood Cliff, N.J: Prentice-Hall.
  22. Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
  23. Barkin, S.L, Smith, K.S y DuRant, R.H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *Journal of Adolescent Health, 30*. 448–454.
  24. Barragán, L. Flores, M. Morales, S., González, J., Martínez, J. y Ayala, H. (2006). *Programa de Satisfactores Cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del Terapeuta*. México: Facultad de Psicología UNAM y CONADIC.
  25. Battistich, V. y Hom, H. (1997). The relationships between student's sense of their school as a community and their involvement in problem behavior. *American Journal of Public Health, 87*, 1997-2000.
  26. Beck, A.; Liese, B.; Wright, F.; Newman, C. (1993) *Cognitive therapy of substance abuse*; The Guilford Press, New York.
  27. Becoña, E. (1999) *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de droga en Madrid*. Plan Nacional de Droga, Madrid.
  28. Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
  29. Benedetti, A. (2009). Beber una cerveza al día elevaría el riesgo de cáncer. Artículo. [http://www.cadenaser.com/sociedad/articulo/beber-cerveza-dia-podria-elevar-riesgo-cancer/sernotsoc/20090824csrscrsoc\\_2/Tes](http://www.cadenaser.com/sociedad/articulo/beber-cerveza-dia-podria-elevar-riesgo-cancer/sernotsoc/20090824csrscrsoc_2/Tes)
  30. Bhatt RV. La violencia doméstica y el abuso de sustancias. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998, 63 Suppl 1: S25-31.
  31. Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema, 11(4)*, 939-956.

32. Brailowsky, Simón: *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*, FCE-CONACYT, México, 1995.
33. Bravender T, Knight JR. Recent patterns of use and associated risks of illicit drug use in adolescents. *Curr Opin Pediatr* 1998;10(4):344-9.
34. Bravender T, Knight JR. Recent patterns of use and associated risks of illicit drug use in adolescents. *Curr Opin Pediatr* 1998;10(4):344-9. PMID: 9757357 [PubMed - indexed for MEDLINE]
35. Brook, J. S., Gordon, A.S., Whiteman, M. y Cohen, P. (1986). Some models and mechanisms for explaining the impact of maternal and adolescent characteristics on adolescent stage of drug use. *Developmental Psychology*, 22, 460 - 467 .
36. Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M. & Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116 (2).
37. Brown RT. Risk factors for substance abuse in adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2002;49(2):247-55.
38. Brown RT. Risk factors for substance abuse in adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2002;49(2):247-55. PMID: 11993281 [PubMed - indexed for MEDLINE]
39. Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
40. CANACINTRA, (1984) Centro de Información en Alcohol. Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental* 1987;10(2):14-21.
41. Carrasco ZC et al. Alteraciones citológicas de la mucosa bucal por tabaquismo. *ADM*. 1984;41:3
42. Carrascoza, V. C. A (2007) *Terapia Cognitivo Conductual para el Tratamiento de las adicciones: Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México. UNAM. Proyecto CONACYT.
43. Carreño, G.S., Medina Mora, M. E. Martínez, V.N., Juárez, G.F., Vázquez. P. L. (2006). *Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana*. *Salud Mental*. Vol. 29 No.004. Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. UAEM. Pp. 63-70
44. Casas, M. y Gossop, M. (1993). *Recaída y prevención de recaídas*. Citrán. España.
45. Casas, M., (1994). *Psicopatología y alcoholismo*. Citán. Barcelona.
46. Casas, M., Prat, G., Guardia, J. (1994) *Efectos del etanol sobre el sistema de neurotransmisión dopaminérgico como posible sustrato biológico de los trastornos psíquicos observados en el alcoholismo*: en Casas, M., Gutiérrez, M., San, L. *Psicopatología y alcoholismo* (1.ª edición) Ediciones en Neurociencias, Barcelona.
47. Castro S MF. Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos diez años. *Salud Mental* 1986;9(4):80-86.

48. Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, D. Newcomb, M. D. y Abbot, r. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of drug issues*, 26, 429-455.
49. Cavazos ON, Del Río ZA. Años de vida potencial perdidos; su utilidad en el análisis de la mortalidad en México. *Salud Publica Mex* 1989;31:610-624
50. Cavazos ON, Del Río ZA. Años de vida potencial perdidos; su utilidad en el análisis de la mortalidad en México. *Salud Publica Mex* 1989;31:610-624.
51. Chaney, E.F., O`Leary, M.R. y Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
52. Chaney, E.F., Roszell, D.K. y Cummings, C. (1982). Relapsed in opiate addicts: A behavioral analysis. *Addictive Behaviors*, 7, 291-297.
53. Chao Z, Castro ME. Investigación nacional sobre consumo de fármacos y las actitudes hacia la farmacodependencia en población escolar de 14 a 18 años. Reporte Interno CEMEF 1976
54. Comas, D. (1990). «El síndrome de Haddhock: alcohol y drogas en las en -
55. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. CICAD, (2008). Perfiles de las estadísticas sobre drogas por país. <http://www.cicad.oas.org/apps/oidstat.aspx?lang=ESP&Country=MX>
56. Conduct Problems Prevention Research Group. (1992). A developmental and clinical mode for the prevention of conduct disorder: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology*, 4, 509 - 527.
57. Consejo Nacional Contra las Adicciones CONADIC. México. [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)
58. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL, (2008). <http://www.coneval.gob.mx/coneval2/>
59. D`Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
60. David M. Fergusson, PhD; Joseph M. Boden, PhD; L. John Horwood, MSc . *Archives of General Psychiatry*. 2009;66(3):260-266. Vol. 66 No. 3, March 2009.
61. Davidson, R. & Raistrick, D. (1986). The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: A short self-report questionnaire for assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addictions*, 81, 217-222.
62. Davidson, R., Bunting, B., & Raistrick, D. (1989). The homogeneity of the alcohol dependence syndrome: A factor analysis of the SADD questionnaire. *British Journal of Addiction*, 84, 907-915.
63. Declaración de Adelaide (1988) [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_s\\_p.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_s_p.pdf)
64. Declaración de Alma Ata (1978) [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA56/sa5627.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/sa5627.pdf)

65. Declaración de Jakarta, (1997). [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf)
66. Declaración de Ottawa (1986). [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59/A59\\_21-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_21-sp.pdf)
67. Declaración de Sundsvall, (1991). [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB120/b120\\_12-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB120/b120_12-sp.pdf)
68. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas: 1er. Informe. Madrid: 1999:12.
69. Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. *Salud Mental*, 22-1
70. Dunn J, Ferri C. Epidemiological methods for research with drug misusers: review of methods for studying prevalence and morbidity. *Rev Saúde Públ* 1999;33(2):206-15.
71. Echeburúa, E., (1996). Alcoholismo. Ed, Aguilar. Madrid.
72. Echeburúa, E., (2001). *Abuso de alcohol*. Síntesis. España.
73. Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. G. M, Salazar, G. M. L., & Tiburcio, S. M. A. (2005). *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud.*, México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
74. Echeverría, S.L, Carrascoza, V.C. y Reidl, M.L., (2007). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. Facultad de Psicología, UNAM. México.
75. Elizabeth B. Robertson, Ph.D., Susan L. David, M.P.H. (retired), and Suman A. Rao, Ph.D., National Institute on Drug Abuse. *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*. Second Edition, October 2003.
76. ENA Agencia Mexicana de Noticias. Se presentan los resultados preliminares de la encuesta nacional de adicciones 2008. Autor Editorial AMN. viernes, 19 de septiembre de 2008. <http://www.agenciamn.com> Potenciado por Joomla! Generado: 5 February, 2009, 22:
77. Encuesta Nacional de Adicciones 2008 Primera edición, 2009. Coordinación editorial: Carlos Oropeza Abúndez. Edición: Gabriel Nagore Cázares (coordinador), Susana de Voghel Gutiérrez. Producción: Samuel Rivero Vázquez (coordinador), Petra Montiel Martínez, Rubén Arturo Cortés González.D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán 62508 Cuernavaca, Morelos, México.
78. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx)
79. Engler John y Haveman James K. (2002). *The Michigan Substance Abuse Risk and Protective Factors 2000/2001 Student Survey: Public School Results*. Michigan

Department of Community Health. Center for Substance Abuse Prevention, Health Services Administration.

80. Eysenck, H.J. (1980). *The causes and effects of smoking*. London: Temple Smith.
81. Ezzati M. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet* , 2003, 362:271—280. factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national
82. Faulk. M, (1994). Women and juvenile offenders. En: *Basic Forensic Psychiatry*. Ed. Blackwell Scientific Publications Oxford.
83. Fernando Sánchez Bravo-Villasante Sociología del consumo de alcohol en Asturias. Cuad. Psiq. Comunitaria, Vol. 1, N.º 1, pp. 19 - 36, 2001.
84. Finney, J.W. y Moos, R.H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: A stress and coping model. *Addiction*, 90, 1223–1240.
85. Ford, M. E. (1982). Social cognition and social competence in adolescence. *Development Psychology*, 18, 323-340.
86. Fournet, G.P., Estes, R.E., Martin, G.L., Robertson, E.D. y McCrary, J.S. (1990). Drug and alcohol attitudes and usage among elementary and secondary students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 35(3), 81-92.
87. Galván J, Rodríguez E. (1996). Estudio de los indicadores psicosociales asociados con el consumo de cocaína en la Ciudad de México a través de historias de vida: Manual para el entrevistador. México DF: Instituto Mexicano de Psiquiatría; 1996:48 h. p.
88. García, N. (2006). *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. Tesis Licenciatura. UNAM. México.
89. Garza F y col. Psychological familiar and social study of 32 patients using inhalants. In: voluntary inhalation of industrial solvents. Sharp Carroll eds. National Institute on Drug Abuse. DHFU Publication No. ADM 79-779,75
90. Gil, J.M. y León. A (1998) *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámide.
91. Goldstein, A. P. (1973). Structured learning therapy. Toward a psychotherapy of the poor. En E. Roth U. *Competencia social: El cambio del comportamiento individual en la comunidad* (pp. 66-70). México: Trillas.
92. Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. y Klein, P. (1980). Skills training for community. En E. Roth U. *Competencia social: El cambio del comportamiento individual en la comunidad* (pp. 66). México: Trillas.
93. González, O.T., Villatoro, V.J., Moreno, L.M., Juárez, G.F. y Gutiérrez,L.M., (2008). Consumo de drogas y su relación con la ideación y el intento suicida en estudiantes de bachillerato y licenciatura. Cartel INP.
94. Goode. E., (1993). *Drugs in American Society* (San Francisco: McGraw-Hill)
95. Gorman, D.M., Duffy, S.W., Raine, S., & Taylor, C.L. (1989). Level of agreement between questionnaire measures of alcohol dependence, alcoholism and problem drinking in a

sample presenting at a specialist alcohol treatment service. *Drug and Alcohol Dependence*, 24, 227-232.

96. *Graciela Rodríguez Ortega*. Comentarios finales y conclusiones
97. Grandes temas médicos. Relación entre el hábito de fumar y la salud. *Prensa médica mexicana*. Méx 1972;37:7-8
98. Graña, G. J., (1994). Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento. Ed. Debate. Madrid.
99. Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8 (1), 19-32.
100. Grau, A. (1991) *Alcoholismo*: en Vallejo, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (3.ª Edición) Editorial Masson, Barcelona.
101. Grau, A. (1991) *Alcoholismo*: en Vallejo, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (3.ª Edición) Editorial Masson, Barcelona.
102. Greenwood, P. W., Model, K. E., Rydell, C. P., Chiesa, J. R. (1998). Diverting Children from a Life of Crime: Measuring Costs and Benefits (Document No. MR-699-1-UCB/RC/IF). Santa Monica, CA.
103. Guardia, J. (1994) *Epidemiología, genética y factores de riesgo en el alcoholismo*: en Casas, M., Gutiérrez, M., San, L. *Psicopatología y alcoholismo* (1.ª edición) Ediciones en Neurociencias, Barcelona.
104. Guardia, J. (1994) *Epidemiología, genética y factores de riesgo en el alcoholismo*: en Casas, M., Gutiérrez, M., San, L. *Psicopatología y alcoholismo* (1.ª edición) Ediciones en Neurociencias, Barcelona
105. Guardia, J., Prat, G., Casas, M. (1994) *Trastornos psicóticos asociados al alcoholismo*: en Casas, M., Gutiérrez, M., San, L. *Psicopatología y alcoholismo* (1.ª edición) Ediciones en Neurociencias, Barcelona.
106. Guillermina Natera-Rey, M. en Psic.,(1) Guilherme Borges, Dr. S.P.,(2) Ma. Elena Medina-Mora Icaza, Dr. en Psic.(3) Luis Solís-Rojas, M.S.P.,(4) Marcela Tiburcio-Sainz, Psic.(4)La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres salud pública de México / vol.43, no.1, enero-febrero de 2001
107. Gunn, J, Taylor. P., (1995). *Forensic Psychiatry*. Clinical, legal and ethical issues. Ed. Butterworth Heinemann, Londres, 1995.
108. Hammond, R. (1991). *Dealing with anger: Givin' it, Takin' it. Workin' it out*. Champaign, IL: Research Press.
109. Hammond, R., & Yung, B. (1993). *Evaluation and activity report: Positive adolescent choices training*. Unpublished grant report. U.S. Maternal and child Health Bureau, Washington, D.C.
110. Hansen, W.B., Graham, J.W., Sobel, J.L., Shelton, D.R., Flay, B.R. y Johnson, C.A. (1987). The consistency of peer and parent influences on tobacco, alcohol, and marijuana use among young adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 559-579.

111. Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; and Arthur, M. (2002) Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 90(5):1–26.
112. Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; and Arthur, M. (2002) Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 90(5):1–26.
113. Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Kosterman, R.; Abbott, R.; and Hill, K.G. (1999) Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 153:226–234.
114. Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Kosterman, R.; Abbott, R.; and Hill, K.G. (1999) Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 153:226–234.
115. Health Situation in the Americas. PAHO. 2006. <http://www.paho.org>
116. Heise, Ellsberg y Gottemoeller, (1999). La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos.
117. Herrera-Vázquez, Magdalena et al. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud pública Méx*, Abr 2004, vol.46, no.2, p.132-140. ISSN 0036-3634.
118. Holland, A. y Andre, T. (1987). Participation in extracurricular activities in secondary school: Whats is known, what needs to be known? *Review of educational research*, 36, 123-135.
119. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (1993) Efectos psicosociales del consumo de drogas., Bogotá.
120. Instituto Mexiquense Contra las Adicciones. IMCA., (2009). <http://salud.edomex.gob.mx/imca/temasdeinteres.htm>
121. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2009) <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>
122. Jaffe, J.H., Ciraulo, D.A.(1986) *Alcoholism and depression*: en Meyer, R.E., *Psychopathology and addictive disorders*. The Guilford Press, New York.
123. Jaffe, J.H., Ciraulo, D.A., (1986) *Alcoholism and depression*: en Meyer, R.E., *Psychopathology and addictive disorders*. The Guilford Press, New York.
124. Jazmín Mora-Ríos\*, Guillermina Natera\*\*, Francisco Juárez\* . Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 2, abril 2005.
125. Jenkins, C. D. 2005. "Mejoremos la Salud a todas las Edades. Un manual para el cambio de comportamiento". Publicación científica y técnica No. 590, Organización Panamericana de la Salud, p. 9.
126. Jorge Luis Arellanez-Hernández\*, David Bruno Diaz-Negrete\*\*, Fernando Wagner Echeagaray\*\*\*, Verónica Pérez-Islas\*. *Factores psicosociales asociados con el abuso y la*

*dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles.* Salud Mental, Vol. 27, No. 3, junio 2004.

127. Kandel, D.B. (1973). The role of parents and peers in adolescent marihuana use. *Science*, 181, 1067-1070.
128. Kandel, D.B. (1975). *Stages in adolescent involvement in drug use.* *Science*, 190, 912-914.
129. Kandel, D.B. (Ed.) (2002). Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis. Cambridge: Cambridge University Press.
130. Kandel, D.B. y Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of Addictions*, 22, 319-342.
131. Kandel, D.B. y Jessor, R. (2002). The Gateway hypothesis revisited. En D.B. Kandel (Ed.).
132. Kendall, P. C. y Hollon, S. D. (1979). Cognitive-behavioral interventions. Overview and current status. En E. S. Urbain y P. C. Kendall. Review of social-cognitive problem solving interventions with children (pp. 110) *Psychological Bulletin*, 88(1).
133. Kendall, P. C. y Wilcox, L. E. (1980). Cognitive-behavior treatment for impulsivity: Concrete versus conceptual training in non-self -controlled problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 80-91.
134. Kiffer, R. E., Lewis, M. A., Green, D. R. y Phillips, E. L. (1974). Training predelinquents youths and their parents to negotiate conflict situations. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7(3), 357-364.
135. Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk
136. Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(1):19-30. PMID: 10710837 [PubMed - indexed for MEDLINE].
137. Kodjo CM, Klein JD. Prevention and risk of adolescent substance abuse. The
138. Lalongo, N.; Poduska, J.; Werthamer, L.; and Kellam, S. (2001) The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 9:146–160.
139. Lalongo, N.; Poduska, J.; Werthamer, L.; and Kellam, S. (2001) The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 9:146–160.
140. Lazcano-Ponce, Eduardo C and Hernández-Avila, Mauricio La epidemia de tabaquismo: Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. *Salud pública Méx*, 2002, vol.44, suppl.1, p.s1-s2.
141. Leza, J.C. y Lorenzo, P., (2000). Efectos farmacológicos de los Cannabinoides. *Adicciones*, vol.12, sup.2, 109-133.
142. López, E., Medina-Mora, ME., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E. (1995). La relación de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*, 18 (4): 25-32.

143. Lorenzo, A.(1994) *Alcoholismo y trastorno afectivo*: en Casas, M., Gutiérrez, M., San, L. *Psicopatología y alcoholismo* (1.ª edición) Ediciones en Neurociencias, Barcelona.
144. Ma. Elena Medina-Mora (2008). PROYECTO: Formación de Redes de Orientadores basada en Modelos exitosos de intervención comunitaria: Programa de Capacitación en Línea.
145. Mansilla, J.C.(2002). Drogadicción y crisis social. *Liberaddictus*, No.59. pp. 16
146. Marcela González de Cossío Ortiz (2006). Consumo de alcohol en estudiantes de ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México: prevalencia y factores asociados. Seminario: enfoques sobre el consumo de bebidas alcohólicas en la UNAM. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. Cuadernos FISAC. Febrero, 2006 Año 7 Vol. 1 Número 027.
147. Marina J. Muñoz-Rivas y José Luis Graña López. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes Universidad Complutense de Madrid 2001. Vol. 13, nº 1, pp. 87-94. *Psicothema*.
148. Marlatt, A. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in addictive behavior change*. Guilford Press. New York.
149. Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (eds), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford
150. Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (eds.), *Behavioral medicine: Changing health life styles*, Nueva York, Brunner/Mazel.
151. Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. Davidson, P. y Davidson, S. Behavioral medicine: Changing health lifestyles. New York: Brunner/Mazel.
152. Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.
153. Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford
154. Marsh, H. (1992). Extracurricular activities: Beneficial extension of the traditional curriculum or subversion of academic goals. *Journal of Educational Psychology*, 84, 553-562.
155. Martha Romero Mendoza\*, Rosa María Aguilera Guzmán\* (2002). *¿Por qué delinquen las mujeres? Perspectivas teóricas tradicionales. Parte i*. Salud Mental, Vol. 25, No. 5, octubre 2002. México.
156. Maton, K. (1990). Meaning full involvement in instrumental activity and well being: studies of older adolescents and at risk urban teenagers. *American Journal of Community Psychology*, 18, 297-320.
157. Medina M ME y col. Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos. *Salud Mental*.1982; 5 (1):77-86.

158. Medina M ME, De la Parra CA, Terroba G G. El consumo de alcohol en la población del Distrito Federal. *Salud Pública Mex* 1980; Epoca V XXII (3):281-288.
159. Medina Mora ME. Introducción. En Consejo Nacional contra las Adicciones, ed. *Observatorio Epidemiológico en Drogas: el fenómeno de las adicciones en México*. México DF: Secretaría de Salud; 2001.p.2.
160. Medina-Mora et al (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4): 1-16
161. Medina-Mora, Ma. Elena et al. Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. *Salud pública Méx*, 2002, vol.44, suppl.1, p.s109-s115. ISSN 0036-3634
162. Milenio, (2008). <http://milenio.com/MediaCenter/>
163. Miller, W.R., y Rollnick, S., (2003). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Paidós. Barcelona.
164. Mondragón, L., Saltijeral, MT., Bimbela, A., Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental*, 21 (5): 20-27.
165. Monti, P.M., Abrams, D.B., Binkoff, J.A. y Zwick, W.R. (1986). Social skills training and substance abuse. En C.R. Hollin y P. Tower (eds.), *Handbook of social skills training*, Nueva York, Pergamon Press.
166. Moreno, M.C y Cubero, R. (1990). Relaciones sociales. Familia, escuela y compañeros. Años preescolares. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Comps.), *Desarrollo psicológico y educación, Vol I. Psicología Evolutiva*. Madrid: Alianza Psicología.
167. National Institute on Drug Abuse. NIDA, 2004. Tendencias Nacionales. [www.drugabuse.gov/about/](http://www.drugabuse.gov/about/)
168. Needle, R.H., Suy, S. y Doherty, W.J. (1990). Divorce, remarriage, and adolescent substance use: A prospective longitudinal study. *Journal of Marriage and The Family*, 52, 157-169.
169. Nunnally, J.M. (1989). *Psychometric Theory*. New Cork: McGraw-Hill, 2a edición.
170. Nuttin, J.(1978). *La estructura de la personalidad*. Editorial Kapelusz, Buenos Aires.
171. Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con Salud, Organización Mundial de la Salud 2004. <http://www.who.int/mdg/goals/es/> consultado en: Octubre 14, 2005
172. Observatorio mexicano en tabaco, Alcohol y otras drogas, 2003. Secretaria de Salud. SSA.
173. Oei, T.P., Fae, A. y Silva, P. (1990). Smoking behavior in nine year old children: A replication and extension study. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 8(3/4), 85-96.
174. Olexa, F. D. y Forman, G. S. (1984). Effects of social problem-solving training on classroom behavior of urban disadvantaged students. *Journal of School Psychology*, 22 (2), 167-175.

175. OMS (2008). Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. World Health Organization. 147 Pag., <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>
176. OMS, 2000. Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Capítulo 1. ¿Porqué son importantes los sistemas de salud?. [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ch1\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch1_es.pdf)
177. OMS, 2003a. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro Capítulo 1: Salud mundial: retos actuales
178. OMS, 2003b. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro Capítulo 6: Epidemias mundiales desatendidas: tres amenazas crecientes. <http://www.who.int/whr/2003/chapter6/es/index.html>
179. OMS, 2008c.. <http://www.who.int/features/qa/66/es>
180. ONUDD, Naciones Unidas Oficina contra las droga y el delito, 2007. Informe mundial sobre las drogas.
181. ONUDD/HONLAC, 2007. Informe nacional - México, Situación del tráfico de drogas en México, octubre de 2005.
182. Orejuela, E. (1984) Generalidades sobre el tratamiento del alcoholismo y su prevención. Revista Hospital mental de Antioquia; 11:2 Pag. 64-88, Medellín.
183. Organización de las Naciones Unidas, ONU. (2007). *Clases de drogas sometidas a fiscalización internacional*. Oficina contra la Droga y el Delito (ODC). Eslovaquia. [www.unodc.org](http://www.unodc.org).
184. Ortega, S. S., Ramírez, M. M. y Castelán, C. A., (2005). Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas públicas de la Ciudad de México. *Revista Iberoamericana de Educación*. N.º 38, pp. 147-169
185. Ortiz A., Martínez R., Meza D. Junio del 2008. Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Tendencias en el Área Metropolitana No. 44. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
186. Ortiz A., Martínez R., Meza D. Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias en el Área Metropolitana No. 39, 40 y 41. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
187. Ortiz J, Soriano A, Galván J. El sistema de reporte de información en drogas SRID En: Consejo contra las Adicciones, ed. Observatorio Epidemiológico en Drogas: el fenómeno de las adicciones en México. México DF: Secretaría de Salud; 2001.p.25-31.
188. Ortiz J, Soriano A, Galván J. Resultados del sistema de registro de información en drogas 1986-1998. México DF: Instituto Mexicano de Psiquiatría; 1998:35-9
189. Ortiz J, Soriano A, Galván J. Sistema de Reporte de Información de Drogas (SRID). Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reporte de Resultados. México DF: Instituto Mexicano de Psiquiatría; 1994:27-32.

190. Otero, J.M., Mirón, L. y Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 24(11), 1065-1082.
191. Ovejero, A. (1993). *Las habilidades sociales y su entrenamiento en el ámbito escolar*. Libro de Comunicaciones del III Congreso de Psicología Social, Vol I, 381-388. Santiago de Compostela.
192. Paglia, A. y Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
193. Pan American Health Organization PAHO, (2000). Declaración de México, (2000) [http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/MCS\\_Recomendaciones.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/MCS_Recomendaciones.pdf)
194. Patrick M. O'Malley, Ph.D., Lloyd D. Johnston, Ph.D., and Jerald G. Bachman, Ph.D. Alcohol Use Among Adolescents Alcohol Health & Research World. Vol. 22, No. 2, 1998
195. Pérez, C.; (2004) Farmacodependencia, en: Velez, A.; Rojas, M.; Borrero, R.; Restrepo, M. (2004) Fundamentos de medicina: psiquiatría. Corporación para las Investigaciones Biológicas, Bogotá.
196. Polaino, A. (1991). *Psicología patológica*. Madrid: UNED.
197. Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discrimina el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8(2), 177-191.
198. Prochaska, J. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas. En Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias*, Barcelona, Ed. Neurociencias, Citrán.FISP.
199. Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276- 288.
200. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114
201. Recio, J.L., Santos, C., Sanchez, M.A., Escamilla, J.P., Barahona, M.J. y Plaza, L.A. (1992). *Papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.
202. Reddy-Jacobs, Carl et al. Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. *Salud pública Méx*, 2006, vol.48, suppl.1, p.s83-s90. ISSN 0036-3634.
203. Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J.,(2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders *The Lancet*. Junio. V.373. N. pp. 2223-2233.
204. René Ocampo, Letza Bojorquez, Mario Cortés (2009). Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud pública de México / vol. 51, no. 4, julio-agosto de 2009*.
205. Ritter J, Stewart M, C, Bernet, Coe M, Brown SA. Efectos de la exposición de los niños a familiares de alcoholismo y violencia familiar en los adolescentes el uso de sustancias, problemas de conducta, y autoestima. *J Trauma Stress*. 2002, 15 (2):113-22.
206. Roth U., E. (1986). *Competencia social: El cambio del comportamiento individual en la comunidad*. México: Trillas.

207. Ruiz de Chávez L. Marginalidad y conducta antisocial en menores. (Estudio exploratorio). Cuadernos del Instituto Nacional de Ciencias Penales 1978;(1).sample. J Consult Clin Psychol 2000;68(1):19-30.PMID: 10710837
208. Ruiz, P., Lozano, E. y Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 10(4), 157-162.
209. Sánchez-Zamorano, Luisa María, Hernández-Avila, Mauricio and Lazcano-Ponce, Eduardo El consumo inmoderado de alcohol como factor predictor de la persistencia del consumo de tabaco en jóvenes. *Salud pública Méx*, 2006, vol.48, suppl.1, p.s41-s47. ISSN 0036-3634.
210. Sarason, I. G. y Ganzer, V. J. (1973) Modeling and group discussion in the rehabilitation of juvenile delinquents. *Journal of Counseling Psychology*, 20, 442-449.
211. Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1981). Teaching cognitive and social skills to high school students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(6), 908-918.
212. Schaeffer, H.R. (1984). *Interacción y socialización*. Madrid: Visor.
213. Secretaría de la Defensa Nacional. El Universal. 9 de agosto de 2008. <http://senado.gob.mx/gace.php?sesion=2008>
214. Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Programas contra el tabaquismo, el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas y la farmacodependencia. México, D.F.: 1987.
215. *Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal, SSP/Dirección de Aplicación de Programas Preventivos Institucionales/Junio 2009*
216. Selnow, G.W. (1987). Parent-child relationships and single and two parent families: Implications for substance usage. *Journal of Drug Education*, 17, 315-326.
217. Shafeer, D. (1988). The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors. *J Clin Psychiatry* (Sept Suppl): 36-41.
218. Shure, M. B. (1992). *I can problem solve (ICPS): An interpersonal cognitive problem solving program*. Champaign, IL: Research Press.
219. Shure, M. B. (1996a). *Raising a thinking child: Help your young child to resolve everyday conflicts and get along with others*. New York: Pocket Books.
220. Shure, M. B. (1996b). *Raising a thinking child workbook*. New York: Henry Holt.
221. Silvia MM. Alcoholismo y accidentes de tránsito. *Salud Publica Mex* 1972;14:809.
222. Simpson TL, Miller WR. Concomitancia entre la niñez abusos sexuales y físicos y el uso de sustancias problemáticas. A review. *Clin Psychol Rev* 2002; 22 (1) :27-77.
223. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) Informe 2007. <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/reuniones.html>

224. Sobell, M., & Sobell, L. (1987). Conceptual issues regarding goals in the treatment of alcohol problems. *Drugs & Society*, 1(2-3) 1-37.
225. Spence, S. H. y Marzillier, J. S. (1981). Social skills training with adolescent male offenders-II. Short term, long-term and generalized effects. *Behavior Research and Therapy*, 19, 349-368.
226. Spielberger, C.D., Reheiser, E.C., Foreyt, J.P., Poston, W.S.C. y Volding, D.C. (2004). Personality determinants of the use of tobacco products. *Personality and Individual Differences*, 36, 1073-1082
227. Stenbacka, M., Allebeck, P. y Romelsjö, A. (1993). *Initiation into drug abuse: The pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse*. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21, 31-39.
228. Stuart W. Quirk PhD, Emotion concepts in models of substance abuse *Drug and Alcohol Review* (2001) 20, 95-104. Department of Psychology, Central Michigan University, 101 Sloan Hall, Mount Pleasant, Michigan 48859, USA.
229. Sweedler BM. The worldwide decline in drinking and driving. En: Kloeden CN, McLean AJ, eds. *Proceedings of the 13th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Adelaide, 13-18 August 1995*. Adelaide, Road Accident Research Unit, 1995.
230. Tapia Conyer R. (2002). *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectiva*. 2ª edición. México: Manual Moderno.
231. Tapia Conyer R, Kuri Cravioto P, Rosa B de la, Fernández BE, Galván F. Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones SISVEA, 2007 En: Consejo contra las adicciones, ed. *Observatorio epidemiológico en drogas: el fenómeno de las adicciones en México*. México DF: Secretaría de Salud; 2001;45-8.
232. Tapia Conyer R, Kuri P, Cravioto P, Revuelta A. Sistema de vigilancia epidemiológico de las adicciones (SISVEA, 2007): Informe 1998. México DF: Dirección General de Epidemiología; 1998:71 h.p.
233. Terroba G G. El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud Mental* 1987;V(4):92-97.
234. Trower, P., Yardley, K., Briant, G.M. y Shaw, P. (1978). The treatment of social failure. *Behavior Modification*, 2, 41-60.
235. United Nations International Drug Control Programme. Guidelines for development and implementation of a rapid assessment for drug use. Draft manuscript. Viena: United Nation Publication; 1995:112-25.
236. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). Drug Abuse Rapid Situation Assessments and Responses. Viena: United Nation Publication; 1999:56-62.
237. *Universidad Nacional Autónoma de México*. Seminario: ENFOQUES SOBRE EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA U.N.A.M.. Pag. 51-67. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. Cuadernos FISAC. Febrero, 2006 Año 7 Vol. 1 Número 027. Pag 86-107.

238. Urbain, E. S. y Kendall, P. C. (1980). Review of social cognitive problem-solving interventions with children. *Psychological Bulletin*, 88(1), 109-143.
239. Vázquez Vera Gerardo Salvador La familia, factor de protección contra las adicciones. Lunes, 06 de agosto de 2007. Medicina Digital. <http://www.medicinadigital.com>
240. Velásquez, E. (2004) Alcoholismo, en: Velez, A.; Rojas, M.; Borrero, R.; Restrepo, M. (2004) Fundamentos de medicina: psiquiatría. Corporación para las Investigaciones Biológicas, Bogotá.
241. Vespa, T. (1993) Vigilancia epidemiológica sobre el uso de sustancias psicoactivas, Alcaldía de Medellín, Medellín.
242. Villatoro J, Medina Mora ME, Fleiz CB, Rojano CJ, Bermúdez P, Castro P. Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior de la Ciudad de México En: Consejo Nacional contra las Adicciones, ed. Observatorio Epidemiológico en Drogas: el fenómeno de las adicciones en México. México DF: Secretaría de Salud; 2001:11-2.
243. Villatoro J, Medina Mora ME. La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: Reporte estadístico SEP-IMP. México DF: Secretaría de Educación Pública; 1997-56-8.
244. Villatoro, J. Gutiérrez, M. Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. y Medina-Mora, ME. (2007). Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F.
245. Villatoro, J. Gutiérrez, M. Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Amador, N. y Medina-Mora, ME. (2007). Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes 2006. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F.
246. Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N. G. & Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de nivel medio y medio superior de la Ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental*, 28 (1): 38-51. Dirección General de Comunicación Social, Secretaría de Salud, 2009). <http://www.presidencia.gob.mx/prensa/salud/?contenido=45084>. 13 de Mayo, 2009.
247. Villatoro, V.J; Medina-Mora, I. M; López, L. E; Juárez, G.F; Rivera, G.E; Fleiz, B.C.(1996). La dependencia y los problemas asociados al consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Salud Mental*, V.19. No. 3. Septiembre.
248. Vincent N, S Allsop, J Shoobridge. The use of Rapid Assessment Methodology (RAM) for investigating illicit drug use: a South Australian experience. *Drug and Alcohol Review* 2000; 19: 419-426.
249. Wagner, E.F., Myers, M.G. y Ininch, J.L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24 (6), 769–779,
250. WHO, (2007) (OMS, Serie de Informes Técnicos; 944) «Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol, Ginebra, 10 a 13 de octubre de 2006» Segundo informe, 2007. Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol. [http://www.who.int/substance\\_abuse/expert\\_committee\\_alcohol\\_trs944\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_spanish.pdf)
251. Wills, T.A. y Hirky, A.E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. In M.

252. [www.drugabuse.gov](http://www.drugabuse.gov) , (2008). Tendencias en el uso de drogas entre los estudiantes de la secundaria y otros jóvenes. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos—Institutos Nacionales de la Salud. National Institute on Drug Abuse (NIDA). National Institutes of Health.
253. Zilberman, L. M. & Blume, B. S. (2005). Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Revista Brasileña de Psiquiatría*, Vol.27. Supl.2, pp 51-55 .
254. Zimmerman, M. y Kenneth, M. (1992). Life styles and substance among male American urban adolescents. A cluster analytic approach. *American Journal of Community Psychology*, 20, 121-13.