

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



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

“APLICACIÓN GRUPAL DEL PROGRAMA DIBADEU EN ESTUDIANTES CON CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARICARMEN TEPAYOL CANO

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA
COMITÉ TUTORIAL: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
MTRO. LEONARDO REYNOSO TORRES
DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES
MTRA. MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ RUÍZ



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.

*“But times change and so
must I... ..We all change
when you think about it
we´re all different people,
all through our lives, and
that´s okay, that´s good
you gotta keep moving, so
long as you remember all
the people that you used
to be”*

Doctor Who

DEDICATORIA

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma Mater.

A mi mamá, por todo su amor, por darme la fuerza para enfrentar cualquier obstáculo y
seguir adelante

A mi hermano, por todo su apoyo y cariño en momentos de confusión y desespero, gracias
por tu aliento

A mi hermana, por ser siempre incondicional

A Alejandro por ser el amor, el apoyo, las risas, el cariño, la nobleza y la amistad.

A mis pacientes, por el valioso aprendizaje y la confianza que depositaron en mí.

AGRADECIMIENTOS

Al Doctor. Horacio Quiroga, por el apoyo la motivación y enseñanzas que me ha brindado; le agradezco profundamente su atención en la revisión, así como, todos sus comentarios y observaciones que guiaron e hicieron posible la realización de este trabajo.

Al Programa de Conductas Adictivas, por abrirme sus puertas durante todos estos años y fomentar el aprendizaje y crecimiento profesional.

Al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, en especial a la Doctora Silvia Morales Chainé, a los profesores, investigadores y académicos que logran que la Residencia en Adicciones sea una de las mejores

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, por la beca otorgada para cursar mis estudios de posgrado.

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Marco teórico.....	
Capítulo 1. Epidemiología del consumo de drogas.....	4
1.1 Consumo de alcohol en México.....	4
1.2 Consumo de marihuana y cocaína en México.....	5
Capítulo 2. El modelo cognitivo-conductual-motivacional y su aplicación en el tratamiento de las adicciones.....	7
2.1 La teoría conductual.....	7
2.2 La teoría cognitiva.....	8
2.3 La teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social.....	8
2.4 La teoría cognitivo-conductual.....	10
2.5 La teoría motivacional.....	12
2.5.1 Entrevista motivacional.....	13
2.6 El enfoque cognitivo-conductual-motivacional.....	14
2.6.1 Estrategias de automanejo cognitivo-conductual.....	15
2.6.2 Estrategias de incremento motivacional.....	18
2.6.3 Método de reducción del daño.....	19
Capítulo 3. Formulación de programas.....	
3.1. Detección e intervención breve de alcohol, tabaco y otras drogas para estudiantes universitarios (DIBADEU).....	20
3.1.1. Escenario.....	21
3.1.2. Instrumentos.....	21
3.1.3. Participantes.....	25
3.1.4. Procedimiento.....	26
3.1.5. Resultados.....	27
3.2. Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes universitarios con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas (PEREU).....	28
3.2.1. Escenario.....	29
3.2.2. Instrumentos.....	30
3.2.3. Participantes.....	32
3.2.4. Procedimiento.....	34
3.2.5. Resultados.....	34
3.3. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas (PIBA).....	35
3.3.1. Escenario.....	37
3.3.2. Instrumentos.....	37
3.3.3. Participantes.....	40
3.3.4. Procedimiento.....	42
3.3.5. Resultados.....	43
3.4 Intervención Breve para Bebedores Problema (IBBP).....	43

3.4.1. Escenario.....	46
3.4.2. Instrumentos.....	46
3.4.3. Participantes.....	46
3.4.4. Procedimiento.....	48
3.4.5. Resultados.....	48
3.5. Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).....	49
3.5.1. Escenario.....	50
3.5.2. Instrumentos.....	50
3.5.3. Participantes.....	50
3.5.4. Procedimiento.....	52
3.5.5. Resultados.....	53
Capítulo 4. Reporte de caso de la aplicación del programa DIBADEU en modalidad grupal.....	54
4.1 Descripción de los participantes.....	54
4.2 Sesión de evaluación.....	57
4.3 Desarrollo de la primera sesión: Evaluación inicial.....	58
4.3.1 Resultados de la evaluación.....	71
4.3.2 Sesión 2. Retroalimentación y consejo.....	84
4.3.3 Desarrollo de la sesión: Retroalimentación y consejo.....	84
4.4 Resultados de seguimiento- mantenimiento.....	
4.4.1 Seguimiento- mantenimiento a 1 mes.....	103
4.4.2 Seguimiento- mantenimiento a los 6 meses.....	108
4.5 Resultados finales del tratamiento.....	112
4.6 Conclusión general.....	122
4.7 ventajas y limitaciones del formato de tratamiento grupal.....	124
4.8 Sugerencias al Programa de la Residencia en Adicciones de la Maestría en Psicología..	126
Referencias.....	127

RESUMEN

Se presenta el reporte de caso de la aplicación grupal de programa de Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas para Estudiantes Universitarios (DIBADEU, Quiroga & Cabrera, 2008). Este programa está basado en estrategias de reducción de riesgo/daño (Marlatt, 1999) para motivar al estudiante a moderar/suprimir su consumo de alcohol. Consta de dos sesiones clínicas, una sesión de evaluación inicial (evaluación a partir de instrumentos) y una sesión de Retroalimentación y Consejo, además, de varias sesiones de seguimiento-mantenimiento.

Como primer paso se identificó a 4 estudiantes (3 mujeres y 1 hombre) de entre 15 y 16 años de edad, que tenían un consumo riesgoso de alcohol y nivel de dependencia leve. Se realizó una entrevista inicial, el objetivo fue recopilar información sobre el patrón de consumo de alcohol, los riesgos asociados al consumo y los factores de riesgo individuales (expectativas de resultados de consumo de alcohol, historia familiar de problemas de alcohol, otras drogas y psicopatología, e historia personal de consecuencias negativas del consumo de alcohol).

Posteriormente, se llevó a cabo la segunda sesión clínica correspondiente a la retroalimentación y consejo de forma grupal, los objetivos fueron: proporcionar retroalimentación de forma gráfica y personalizada sobre su patrón de consumo de alcohol y en las áreas de riesgo consideradas a partir de su consumo.

En los resultados obtenidos en la fase de seguimiento-mantenimiento se observó que el patrón de consumo disminuyó tanto en frecuencia, duración e intensidad, hubo una disminución en las consecuencias asociadas y en las expectativas positivas sobre el consumo de alcohol, en cambio, la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol aumentó. Se puede concluir que el programa DIBADEU fue efectivo para este grupo, pues los participantes establecieron límites de consumo y un plan de acción que retomaba consejos específicos para reducir los riesgos.

Palabras clave: Alcohol, Consumo de riesgo, Reducción riesgo/daño, Adolescentes, aplicación grupal.

SUMMARY

The case report is presented for the group application of the short-term detection and intervention program for Alcohol and other drugs for university students (DIBADEU, Quiroga & Cabrera, 2008). This program is based on risk/harm reduction strategies (Marlatt, 1999) to motivate students to moderate/suppress their drinking. It consists of two clinical sessions, an initial evaluation session (instrument evaluation) and a feedback and advice session, in addition to several follow-up-maintenance sessions.

As a first step, were identified 4 students (3 women and 1 men) aged 15 to 16 years old, who had a risky consumption of alcohol and mild dependence level. An initial interview was made, the objective was to gather information on the pattern of alcohol consumption, the risks associated with consumption and the individual risk factors (expectations of alcohol consumption results, family history of problems of Alcohol, other drugs and psychopathology, and personal history of negative consequences of alcohol consumption).

Subsequently, the second clinical session corresponding to the feedback and council of group form was carried out, the objectives were: to provide feedback graphically and personalized on its pattern of consumption of alcohol and in the areas of the risk considered from their consumption.

In the results obtained in the follow-up-maintenance phase it was observed that the pattern of consumption decreased both in frequency, duration and intensity, there was a decrease in the associated consequences and the positive expectations on the consumption of alcohol, on the other hand, the perception of risk on alcohol consumption increased. It can be concluded that the DIBADEU program was effective for this group, as participants established consumption limits and a plan of action that retakes specific advice to reduce risks.

Key words: Alcohol, risk consumption, risk/harm reduction, adolescents, group application.

INTRODUCCIÓN

El consumo riesgoso de drogas ha adquirido una importancia considerable en las sociedades actuales, ya que se encuentra inmerso en distintos sectores, tales como: económicos, políticos, sociales y psicológicos, reflejándose en problemáticas de salud, deserción escolar, problemas legales, etc., debido a esto y para tener un conocimiento global de la problemática, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), brinda la oportunidad de conocer a nivel general la situación actual en México sobre el consumo de drogas ilegales, su prevalencia, poblaciones en riesgo, drogas de preferencia.

De acuerdo con dicha encuesta, en lo que respecta a la ingesta de alcohol el consumo diario sigue siendo poco frecuente en el país; en contraste, una tercera parte de la población reporta haber tenido al menos un episodio de alto consumo. Asimismo, el 6% de la población desarrolló dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas. La dependencia al alcohol es el trastorno con mayor rezago, ya que solamente 6.8% de los pacientes recibieron tratamiento. Este rezago es mayor en las mujeres, hay 2.2 hombres con dependencia en tratamiento, por cada mujer con esta misma condición. Respecto al consumo de drogas ilegales la marihuana es la droga de mayor consumo, ya que representa el 80% del consumo total de drogas. La cocaína aparece en segundo lugar con un usuario de cocaína por cada 2.4 usuarios de marihuana. Uno de cada cinco usuarios de cocaína la consume en forma de piedra o crack.

Por lo que, la necesidad de atención a dicha problemática constituye un elemento clave en la respuesta al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas. En ese sentido, los programas cognitivo-conductuales y motivacionales han demostrado ser costo-eficientes, fáciles de instrumentar en diversos escenarios y flexibles a las necesidades de los usuarios (Brown, 2004; Carroll & Onken, 2005; Lefio, Villaroel, Rebolledo, Zamorano & Rivas, 2013; Magill & Ray, 2009; Hoffman, Asnaani, Vank, Sawyer & Fang, 2012; Miller & Wilbourne, 2001; Quiroga, Sánchez-Sosa, Medina-Mora & Aparicio 2007; Quiroga 2008; Kingdon & Dimech, 2008; Secades, García, Fernández & Carballo, 2007).

De tal forma, el presente informe tiene como objetivo recuperar mi experiencia profesional a partir del análisis, crítico, sistemático y reflexivo de las actividades realizadas durante mi formación, vinculando los elementos teórico-metodológicos y aplicados adquiridos durante mi formación y práctica profesional.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1. CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO

En México la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) reportó datos obtenidos sobre los distintos patrones de consumo de alcohol en los mexicanos, señaló que el consumo en altas cantidades por ocasión es el patrón más reportado por los mexicanos, más de la mitad (53.6%) de los adultos entre 18 y 34 años reportaron haber tenido al menos un episodio de alto consumo, para los adolescentes se encontró que 17% de los hombres y 11% de las mujeres presentaron este mismo tipo de consumo, con una diferencia menor entre hombres y mujeres (una mujer por cada 1.5 hombres) que la que se observó en la población adulta (una mujer por cada 2.68 hombres).

Por otra parte, que el 6% de la población reportó dependencia, lo que equivale a 4.9 millones de personas; este trastorno se reportó en el 10.8% de los hombres entre 12 y 65 años de edad y en el 1.8% de las mujeres del mismo rango de edad. Afectó a 4.1% de los adolescentes y 6.6% de los adultos. La proporción de mujeres adultas con dependencia (1.7%) es similar a la observada en mujeres adolescentes (2%), indicando un fenómeno de incremento más reciente; entre los hombres hay dos adultos con dependencia por cada adolescente.

En el apartado para adolescentes de dicha encuesta, se reportó que el consumo de alcohol aumentó en las prevalencias de las encuestas del 2002, 2008 y del 2011. De tal manera que el consumo de alguna vez aumentó de 35.6% a 42.9%; la prevalencia de consumo en el último año aumentó de 25.7% a 30% y la prevalencia de consumo en el último mes aumentó de 7.1% a 14.5%. Esta misma tendencia se observó tanto en hombres como en mujeres, especialmente en el consumo del último mes, mostrando un incremento en el caso de los hombres de 11.5% a 17.4% y en el de las mujeres de 2.7% a 11.6%.

El índice de adolescentes que consumieron alcohol diariamente se reportó estable con 0.3%, el consumo consuetudinario disminuyó del 2.2% en el 2008 al 1% en el 2011, el consumo alto de 2008 a 2011 incrementó, del 13.1% al 14.5%; en cuanto al índice de dependientes se registró un incremento significativo, que aumentó de 2.1% al 4.1%; en tanto que la dependencia en los hombres adolescentes se duplicó (3.5% a 6.2%) y en las mujeres adolescentes se triplicó (0.6% a 2%).

En cuanto a la edad de inicio de consumo de alcohol se encontró que en el 2008, el 49.1% de las personas que reportaron consumir alcohol mencionaron que lo hicieron por primera vez a los 17 años de edad o menos, mientras que en 2011 este porcentaje incrementó a 55.2%. Por sexo se muestra que en el 2008 el 56.8% de los hombres y el 38.9% de las mujeres reportaron iniciar su consumo de alcohol a los 17 años de edad o menos y en el 2011 estos porcentajes aumentaron a 64.9% para los hombres y 43.3% para las mujeres.

Por otra parte, según la encuesta de estudiantes de la Ciudad de México (Villatoro, Mendoza, Moreno, Robles, Fregoso, et al., 2012), en la que se obtiene información respecto a los estudiantes que cursaron la secundaria y bachillerato, se encontró que 68.2% de los adolescentes reportaron consumir alcohol alguna vez en la vida, 49.8% de los hombres y 49.7% de las mujeres consumir en el último año, 40% de los hombres y 40.1% de las mujeres consumir en el último mes y 23.9% de los hombres y 21.1% de las mujeres abusar del alcohol. Al analizar el consumo se observa que las prevalencias son similares entre sexos, excepto en el abuso de alcohol, donde el porcentaje de hombres es más alto que el de mujeres.

Con respecto al nivel educativo, en bachillerato se presentaron porcentajes de consumo y abuso de alcohol dos veces mayores que en secundaria. Así, en secundaria el consumo de alcohol reportado en el último mes es de 27.2%, y para los de educación media superior, el porcentaje se incrementó a 56.5%.

En cuanto al consumo de alcohol por edad, el porcentaje de adolescentes de 14 años o menos que reportó haber consumido alcohol alguna vez fue de 53.6% y en quienes tienen 18 años o más fue de 92.5%. En lo que corresponde al consumo explosivo, el 22.5% de los estudiantes reportaron consumir cinco copas o más en una sola ocasión, durante el mes previo al estudio, porcentaje similar al reportado en 2009, que fue de 23.3%.

Las Delegaciones reportadas como más afectadas por el abuso de bebidas alcohólicas fueron Azcapotzalco (29.9%), Magdalena Contreras (24.3%), Álvaro Obregón (24.2%), Coyoacán y Cuajimalpa (23.7%, en ambas).

Como hemos visto en los estudios epidemiológicos, tanto internacionales como nacionales se demuestra que el fenómeno de consumo de sustancias es cambiante y se presenta con mayor frecuencia en jóvenes por ser un grupo más vulnerable lo que puede provocar graves consecuencias que se traducen en un alto costo económico, social y de salud.

1.2. CONSUMO DE MARIHUANA Y COCAINA EN MEXICO

El consumo de drogas ilegales se presenta de formas distintas en los grupos de la población mexicana, diferenciándose en los rangos de edad y en el sexo. Según los datos reportados por la ENA (2011), la marihuana fue la droga de mayor consumo con una prevalencia del 1.2%. La siguiente droga de mayor prevalencia fue la cocaína con un 0.5%. La prevalencia de dependencia al consumo de drogas en la población de 12 a 65 años durante el último año fue del 0.7%, los hombres fueron los más afectados en la dependencia al consumo de drogas (1.3%), en comparación con las mujeres (0.2%).

En los adolescentes (población de 12 a 17 años) se reportó que el consumo de marihuana fue el más prevalente (1.3%), le siguió la cocaína (0.4%) y los inhalables (0.3%) (ENA, 2011). Así mismo, en la encuesta de estudiantes de la Ciudad de México (Villatoro et al, 2009; 2011), de acuerdo a las mediciones de 2006 y 2009, se reportó que

el consumo de cualquier droga “alguna vez” aumentó de 17.8% a 21.5%. En los hombres pasó de 19.1% a 22.6%, mientras que el mayor incremento se observó en las mujeres que aumentaron su consumo de 16.5% a 20.5%. Por sexo, las drogas de preferencia de hombres en 2006 y 2009 fueron la marihuana (11.2% y 14.0%) e inhalables (7.3% y 10.8%), con un incremento significativo en esta última medición. En las mujeres, las drogas de preferencia en 2006 fueron en primer lugar la marihuana (6.4%) seguida de los inhalables (6.2%) y en 2009 el orden de preferencia se invirtió, apareciendo principalmente los inhalables (10.0%) seguidos de la marihuana (8.8%).

En el grupo de 18 a 34 años fue en donde se encontraron las prevalencias más altas de consumo. La prevalencia de consumo global de drogas ilegales fue de 2.8%. De nuevo, la marihuana con una prevalencia de (1.9%) y la cocaína (0.8%) fueron las drogas reportadas con mayor consumo, en tanto que las demás drogas tuvieron prevalencias debajo de 0.2%. Al analizar estos datos según el sexo, los hombres presentaron la prevalencia más alta para el consumo de cualquier droga, con un 4.7%. En las mujeres de este grupo de edad, el consumo de cualquier droga se mantuvo estable en 1.1%, con consumos bajos de marihuana y de otras drogas. Para el subgrupo de 35 a 65 años el consumo de drogas ilegales tuvo una prevalencia del 1.7% para los hombres y de 0.3% para las mujeres. El consumo de marihuana en esta población tuvo una prevalencia del 0.6%.

De los usuarios de drogas en el último año el 9.4% recibió tratamiento en ese mismo periodo (10.3% hombres y 6.1% mujeres). Si se considera a las personas que reportaron dependencia a drogas en el último año, fue el 18.4% de esta población que asistió a tratamiento (19.8% hombres y 8.9% de las mujeres).

Como se ha descrito anteriormente el fenómeno del consumo de sustancias es cambiante y que afecta a una parte importante de la población mexicana, provocando consecuencias que se traducen en un alto costo económico, social y de salud, por tal motivo es necesario conocer los modelos de tratamiento que ayuden a brindar un tratamiento efectivo ante la adicción a las drogas.

CAPÍTULO 2. EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL-MOTIVACIONAL Y SU APLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

El Modelo Cognitivo-Conductual-Motivacional (MCCM), es un modelo biopsicosocial que representa la integración de los principios derivados de: la “teoría conductual”, la cual se enfoca, principalmente, en el condicionamiento clásico y en el condicionamiento operante; la “teoría del aprendizaje social” o “teoría cognitiva social”, la cual hace énfasis en el aprendizaje observacional, en la influencia del modelamiento y en el papel de la autoeficacia y expectativas en la determinación de la conducta; (3) la “teoría cognitiva”, la cual se centra en los pensamientos, ideas, percepciones, esquemas cognitivos, creencias, valoraciones, actitudes y atribuciones que influyen en nuestros sentimientos y median la relación entre los antecedentes y las conductas; y (4) la “teoría motivacional”, la cual considera, una serie de estrategias motivacionales de carácter interpersonal, dirigidas a incrementar la motivación para el cambio de conducta, tales como la entrevista motivacional y la terapia de incremento motivacional, así como un conjunto de sistemas centrales de reforzamiento y motivación señalados por las neurociencias (Quiroga, Rev.2013).

2.1 LA TEORÍA CONDUCTUAL

A diferencia de otros métodos, los enfoques conductuales para el tratamiento del abuso y la dependencia a sustancias psicoactivas cuentan con abundante evidencia, basada en investigación, que apoya su efectividad (Véase Holder, Longabaugh, Miller, & Rubonis, 1991; Miller, Brown, Simpson, Handmaker, Bien et al., 1995).

La terapia conductual se centra más en la identificación y cambio de conductas observables y medibles que otros enfoques terapéuticos. El tratamiento se vincula con la alteración de la conducta, y el éxito es el cambio, eliminación o incremento de conductas particulares. Una premisa fundamental de la terapia conductual es que, debido a que el abuso y la dependencia son patrones de conducta, principalmente aprendidos, un cambio en las contingencias de reforzamiento que gobiernan estas conductas pueden modificarlas. Esta meta puede lograrse, ya sea enfocándose en las respuestas de “cravings” (deseos intensos) condicionadas clásicamente, o en los patrones de reforzamiento operante que mantienen el consumo de la sustancia. Más específicamente, la respuesta condicionada clásicamente puede abordarse, ya sea por medio de procedimientos de **extinción** o de **contracondicionamiento respondientes**; mientras que la respuesta, condicionada operantemente, puede ser abordada por medio de procedimientos de reforzamiento instrumental o por el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento (Quiroga, Rev, 2013).

2.2 LA TEORÍA COGNITIVA

La teoría cognitiva asume que la mayoría de los problemas psicológicos se derivan de procesos de pensamiento defectuosos (Beck & Wright, 1992; Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993; Beck & Liese, 1998; Ellis, 1982; Ellis, McInerney., DiGiuseppe, & Yeager, 1988).

A diferencia de los modelos conductuales que se enfocan, principalmente, en conductas observables, la teoría cognitiva considera a los eventos antecedentes, cogniciones y conductas de manera interactiva y dinámica. La manera en como actuamos y sentimos, a menudo, es más afectada por nuestras creencias, actitudes, percepciones, esquemas cognitivos, y atribuciones. Considerando que la conducta disfuncional, incluyendo al abuso y la dependencia a sustancias psicoactivas se encuentra determinada, en gran parte, por cogniciones defectuosas, el rol de la terapia consiste en modificar los procesos de pensamiento automáticos negativos de auto-derrota o de percepciones que parecen perpetuar los síntomas de trastornos emocionales. El terapeuta les ayuda a los clientes a que se vuelvan más objetivos sobre sus pensamientos y a que se distancien de ellos cuando reconozcan los errores cognitivos o la lógica defectuosa que produce el pensamiento automático. (Quiroga, Rev, 2013).

2.3 LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL O TEORÍA COGNITIVA SOCIAL

La Teoría del Aprendizaje Social plantea que tanto los factores sociales cognoscitivos como la conducta tienen papeles importantes en el aprendizaje.

Dentro de esta Teoría se explica la conducta humana en términos de interacción recíproca y continua entre los determinantes cognoscitivos, comportamentales y los ambientales; es decir, las personas y el medio se determinan en forma recíproca pues existe una mutua relación entre los factores (Bandura, 1987).

En la Teoría el Aprendizaje Social se acentúa la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y auto regulatorios en el funcionamiento. El aprendizaje vicario requiere la capacidad de desplegar actividad simbólica. Los seres humanos podemos formar símbolos cognoscitivos, representaciones imaginarias, conceptuales y verbales de los hechos, gente y objetos. Estas representaciones sirven de guía para efectuar las acciones apropiadas (DiCaprio, 1989).

Según Bandura (1987), el proceso de aprendizaje por observación está dirigido a cuatro procesos que la componen:

Atención: Se deben atender los rasgos significativos de la conducta que sirve de modelo. Estos procesos de atención determinan cuales se seleccionan de entre los muchos modelos posibles y que aspectos se extraen;

Retención: Para reproducir los actos de un modelo, las personas deben codificar la información y guardarla en la memoria para poder recuperarla;

Reproducción: Es probable que las personas pongan atención a un modelo y que codifiquen en la memoria lo que vieron pero, debido a las limitaciones motoras, sean incapaces de reproducir la conducta del modelo;

Motivación: La propensión para adaptar las conductas que aprenden por observación dependerá de las consecuencias de estas, será mayor cuando las consecuencias sean valiosas y menor cuando tengan efectos punitivos o poco gratificantes.

Así también, el proceso de simbolización es un poderoso medio para que los individuos puedan enfrentarse a su entorno y adquirir conductas que puedan servir en un futuro sin necesidad de experimentarlas directamente. Estos símbolos sirven como mediadores entre las situaciones, las reacciones y acciones, de esta forma, cuando las personas se exponen a un modelo adquieren, principalmente, representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo y posteriormente, realizarlas sólo si son efectivas o serán benéficas para el individuo. Sin embargo, este proceso no es mecanicista, pues conlleva un reforzamiento diferencial en el que únicamente se seleccionan las formas que han tenido éxito y se descartan las ineficaces. Las consecuencias de las respuestas tienen varias funciones entre ellas, en un principio proporcionan información que sirve de guía para acciones posteriores; en segundo lugar, actúa como motivación por su valor como incentivo, las personas poseen capacidades anticipatorias que permiten que puedan ser motivados por las consecuencias de sus respuestas; es decir, las experiencias pasadas crean la expectativa de que ciertas acciones proporcionarían beneficios valiosos, algunas tendrán efectos desfavorables y otras impedirán un problema en el futuro, de esta forma, al representar simbólicamente las consecuencias previsibles, las personas pueden convertirlas en motivaciones reales de su conducta (Bandura, 1987).

Otra característica que distingue a la Teoría del Aprendizaje Social es el hecho de que las personas pueden ejercer un control sobre su propia conducta, generando apoyos cognoscitivos y produciendo determinadas consecuencias a sus propias acciones, lo que se ha llamado autorregulación. Las capacidades autorregulatorias tienen, sin duda, un origen externo pero, una vez establecidas su influencia determina, en gran parte, las acciones del sujeto. La imagen de un futuro deseable estimula acciones deseadas para lograr objetivos cada vez más distantes, por medio de estos símbolos las personas pueden proveer las consecuencias probables de diversas acciones y amoldar su conducta a ellas (DiCaprio, 1989).

Bandura (1969; citado por Kenneth, Howard; 1999) menciona que el uso de sustancias en los adolescentes o personas jóvenes comienza por la experimentación de la droga; inicia dentro del proceso de socialización del grupo de referencia al que pertenece y puede ser mantenido por la presión social o la necesidad de pertenencia con sus pares; en

algunos casos, poco a poco, el consumo del alcohol será usado como reforzamiento negativo y se ira convirtiendo en una forma de reducir el estrés ante la presencia de situaciones problemáticas. Si esta forma de enfrentar situaciones desafiantes continúa, es probable que se pueda desarrollar una problemática mayor como la aparición de algún trastorno relacionado con sustancias.

Una vez que esta conducta ha aparecido es probable que el individuo siga consumiendo para evitar los efectos del síndrome de abstinencia. Bandura (1969; citado por Kenneth, Howard; 1999) plantea que los individuos que consumen de esta forma tienen ciertos déficits de afrontamiento a situaciones de estrés, debido a que no cuentan con alternativas de respuesta diferentes al consumo. De esta forma, el tratamiento propuesto iría encaminado a dotar a las personas en destrezas de afrontamiento que le permitan hacer frente a situaciones de riesgo sin recurrir al consumo de drogas (Kenneth, Howard; 1999).

2.4 LA TEORÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Las intervenciones que surgen de este modelo analizan tanto los pensamientos, como el comportamiento en la problemática, es decir, se trata de modificar las creencias y conductas desadaptativas por otras adecuadas y funcionales (Monasor et al., 2003).

Algunas técnicas utilizadas son:

Autocontrol: Pretende que el individuo emprenda de manera intencional conductas para lograr los resultados seleccionados, el paciente debe elegir las metas y poner en práctica los procedimientos para alcanzarlas (Kazdin, 1996). El objetivo de esta técnica en el tratamiento de las conductas adictivas, es que los pacientes aprendan a controlar el deseo de consumir la sustancia y manejar las situaciones que puedan provocarlo; para ello, se enfocan en el entrenamiento en conductas asertivas, habilidades de auto-observación, autoevaluación y autoreforzamiento/autocastigo (Monasor et al., 2003).

Entrenamiento en Habilidades Sociales: El objetivo de esta técnica es que el paciente desarrolle una serie de habilidades sociales que le ayuden a afrontar las situaciones de riesgo relacionadas con el consumo. Dichas habilidades pueden ser: asertividad, expresión de sentimientos, técnicas de comunicación positiva, rechazo de bebidas alcohólicas y conductas alternativas de consumo (Monasor et al., 2003).

Prevención de Recaídas: Una de las características principales de esta técnica es la acentuación de los procesos cognitivos en las conductas adictivas tales como: creencias, atribuciones y expectativas de autoeficacia, además de que pone un énfasis especial en el proceso de recaída. Esta técnica es utilizada ampliamente en el campo de las Conductas Adictivas. Fue desarrollada por Marlatt y Gordon en 1985 y se fundamenta en las Teorías de Aprendizaje Social y el concepto de Autoeficacia de Bandura (Bobes y Gutiérrez, 2003). Esta técnica ayuda a los pacientes a identificar las situaciones en las que es probable que usen las

sustancias, encontrar maneras de evitar las situaciones de riesgo y enseñar habilidades de afrontamiento para enfrentarse a situaciones de riesgo que puedan disparar el deseo de consumir, además de enseñar a los pacientes a anticipar las recaídas en el consumo de sustancias (Monasor et al., 2003).

En el análisis del proceso de recaída se encuentran factores elementales como las situaciones de alto riesgo que el individuo percibe como amenazantes para su autoeficacia y que incrementan el riesgo potencial de recaída, es decir, si el individuo no afronta con éxito una situación de alto riesgo, su autoeficacia disminuye y la probabilidad de que presente una recaída aumentará, en esta situación el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos e ignora las consecuencias negativas a largo plazo. En contraste, si el individuo realiza una respuesta de afrontamiento eficaz en la situación de alto riesgo aumentará su autoeficacia y la percepción de control, mientras que la probabilidad de recaída disminuirá (Bobes y Gutiérrez, 2003).

Después de una experiencia de fracaso, el individuo experimenta una disminución de la autoeficacia, asociada con una sensación de desamparo y una tendencia a rendirse ante la situación. Marlatt, (1985) (citado en Llorente del Pozo et al., 2008) propone un mecanismo que explica esta reacción denominado Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA). La EVA se caracteriza por dos elementos cognitivos clave: la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpar al yo como causa de la recaída).

Dentro de este modelo, se propone un programa para aumentar el mantenimiento del cambio conductual en las conductas adictivas, tales elementos son:

Provisión de información básica: Se informa al paciente sobre la sustancia que consume y su adicción para que no se deje influir por pensamientos equivocados o irrealistas. En este apartado es útil hablar de la recaída, al tiempo que se menciona el aprendizaje que resulta de tal situación (cuáles eran sus pensamientos, que hizo, etc.).

Reconocimiento de situaciones de riesgo: Son hechos, circunstancias, estados internos que desencadenan o precipitan los deseos de consumir y pueden resultar en una caída, las situaciones son múltiples y pueden variar en una persona según el momento o la actividad.

Desarrollo de habilidades de afrontamiento: Va encaminado a la adquisición de habilidades que permitan enfrentar, con posibilidades de éxito, las situaciones que en el pasado conducían frecuentemente al consumo (Veiga, Martin & Corral, 2003).

Procedimientos de reestructuración cognitiva: diseñados para proporcionar al paciente pensamientos alternos a aquellos que le precipitan el consumo de sustancias, de forma que el proceso de cambio se entienda como aprendizaje. Este componente incluye estrategias de imaginación para detectar situaciones de riesgo y desarrollar la capacidad de

afrontamiento, con el fin de controlar los deseos irresistibles, reconocer las primeras señales de aviso y reaccionar ante el lapso inicial.

Estrategias de re-equilibrio del estilo de vida para incrementar las actividades alternativas al consumo. Estrategias como la relajación y el ejercicio físico tienen como objetivo reducir la frecuencia e intensidad de las urgencias y de los deseos irresistibles del consumo, que en general son consecuencia de un estilo de vida desequilibrado (Bobes y Gutiérrez, 2003).

En general este tipo de programas ha sido objeto de investigación con el fin de comprobar su eficacia. Las conclusiones apuntan a lo siguiente: Una disminución de la frecuencia e intensidad de los episodios de recaída tras el inicio del tratamiento respecto a controles (sin Programa de Prevención de Recaídas) y aunque no se asocia con mayor tiempo de abstinencia, si se compara con otros tratamientos se observa menor cantidad de consumo de drogas y menos problemas por el consumo, en comparación con pacientes con recaídas (Monasor et al., 2003).

2.5 LA TEORÍA MOTIVACIONAL

Este modelo fue desarrollado por Prochaska y DiClemente en 1982 para el área de conductas adictivas. Parte del análisis de los variantes que se producen en el desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento con o sin ayuda de psicoterapia (Sánchez- Hervás, Tomas & Morales, 2004).

Dichos autores plantean un modelo global que sirva como síntesis de los diferentes modelos de tratamiento que se utilizan actualmente en las adicciones; se pretende cubrir todo el proceso de cambio, desde una persona que no se da cuenta que tiene un problema con el consumo de sustancias, hasta que ha mantenido algún cambio respecto a su problemática (Sánchez- Hervás, Tomas & Morales, 2004).

Los estadios de cambio según Prochaska y DiClemente (1982; citados en Llorente del Pozo et al., 2008), son los siguientes:

Precontemplación: Es un estadio dentro del cual los individuos no piensan seriamente en cambiar, puede ser porque no consideran que tengan un problema. Si acuden a tratamiento lo harán de forma involuntaria, para evitar presiones externas y su único objetivo será que disminuya la presión, en ocasiones pueden presentar algún cambio o permanecer en abstinencia de forma puntual, pero una vez que la presión externa cambia, reinician de forma inmediata su patrón de consumo.

Contemplación: Es el periodo en el que los individuos están pensando en si deberían cambiar o no; están abiertos a la información sobre su problema y la manera de cambiar, pero no han desarrollado un compromiso firme de solución. Durante este estadio, el individuo

toma conciencia de la existencia de su problemática y empieza a plantearse la posibilidad de hacer algo para modificarla, aunque existe ambivalencia entre el costo y beneficio de dejar el uso de sustancias.

Preparación: En este estadio se aprecian criterios intencionales como conductuales; es decir, el individuo se encuentra preparado para la actuación y ha efectuado algunos pequeños pasos dirigidos a actuar.

Acción: En este estadio se produce abiertamente la modificación de la conducta problemática. En esta etapa el individuo cambia con o sin ayuda profesional su conducta, así como las condiciones ambientales que lo afectan con el objetivo de superar su problemática.

Mantenimiento: El individuo intenta conservar y consolidar los logros alcanzados en el estadio anterior, además de poner énfasis en prevenir una recaída. Algunos individuos situados en este estadio puede llegar a tener temor no sólo a recaer sino al cambio en sí mismo, ante lo cual pueden llegar a tener un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado para evitar alguna situación que pudiera llevarlos a recaer .

El Modelo Transteórico se ha utilizado en múltiples conductas, una de las principales técnicas que se basa en este modelo es la Entrevista Motivacional desarrollada por Miller y Rollnick en 1982, la cual se enfoca en aumentar la motivación para el tratamiento y facilitar la transición del estadio precontemplativo o contemplativo al estadio de mantenimiento (Monasor et al., 2003).

2.5.1 ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La Entrevista Motivacional es un método no directivo centrado en la persona para promover la motivación intrínseca hacia el proceso de cambio. Es importante considerar que la motivación para el cambio es un estado que puede fluctuar de un momento a otro, este estado puede ser influido por múltiples factores, de tal forma que el objetivo central del terapeuta es ayudar a la persona para que esta balanza se incline a favor del cambio (Llorente del Pozo et al., 2008).

La tarea del terapeuta es estimular y orientar al paciente hacia una reevaluación interna de su situación; para lograr esto, el terapeuta deberá intentar crear una atmósfera en la cual el paciente se motive a sí mismo, siendo más consciente de su comportamiento, los motivos que le han llevado al inicio y mantenimiento de dicho comportamiento y las posibilidades que existen para el cambio (Miller & Rollnick, 1999).

El terapeuta debe adoptar un papel activo al centrarse en descubrir las razones por las que el paciente acude al tratamiento y las expectativas del mismo.

Miller y Rollnick (1999; citado por Fuentes- Pila et al., 2005) destacan que las intervenciones de la Entrevista Motivacional están basadas en los siguientes principios básicos:

Expresar empatía: El terapeuta debe escuchar a la persona de manera reflexiva, comprender sus sentimientos y nunca juzgarla; es decir, aceptarla sin aprobar todo lo que diga.

Crear discrepancia: Consiste en llevar a la persona a una discrepancia entre el consumo y una situación saludable que puede abarcar contextos emocionales, físicos, personales, etc. El terapeuta debe provocar una reflexión sobre los costos de su conducta para que por el mismo presente sus razones para cambiar.

Evitar la discusión: En todo sentido, el terapeuta debe evitar las discusiones o las confrontaciones, esté debe ser persuasivo sin provocar una actitud defensiva.

Manejar la resistencia: El terapeuta intentará cambiar las percepciones del paciente a una manera sugerida no impuesta.

Fomentar la autoeficacia permite el fortalecimiento del propio juicio de capacidad de los pacientes, para que estos colaboren de un modo más efectivo en la solución de su problema adictivo.

Este tipo de intervenciones son más eficaces que la no intervención y se ha observado que más de la mitad de los pacientes mantienen una reducción del consumo durante el primer año de seguimiento. Además, suelen incrementar la eficacia de tratamientos posteriores (Monasor et al., 2003).

En general, el estilo Motivacional mejora la adherencia, la participación activa durante el tratamiento y puede combinarse con otras formas de tratamiento (Fuentes- Pila et al., 2005).

2.6 EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL-MOTIVACIONAL

El enfoque cognitivo-conductual motivacional, es el resultado de la integración del entrenamiento cognitivo-conductual en destrezas y el empleo de estrategias de incremento motivacional entre los que destaca, la entrevista motivacional y la terapia de incremento motivacional, y por lo tanto, se basa en un modelo que combina déficits en destrezas y en aspectos motivacionales. En otras palabras, asume que: los bebedores y consumidores problema que abusan del alcohol u otras drogas, carecen de información y de destrezas que faciliten el consumo moderado y que tienen déficits motivacionales para hacer uso de la información y recursos con que cuentan (Quiroga, Rev, 2013).

Este enfoque considera que los bebedores y consumidores problema en raras ocasiones identifican su consumo de alcohol como riesgoso o problemático. También, que en raras ocasiones, buscan tratamiento u otro tipo de ayuda por voluntad propia. Por esta

razón, considera el entrenamiento en destrezas dentro de un contexto de desarrollo de la motivación. A este respecto, se emplean las estrategias de la entrevista motivacional desarrolladas originalmente por William R. Miller de la Universidad de Nuevo México, en un esfuerzo por crear y mantener la “disposición y voluntad” para cambiar (Miller & Rollnick, 1999, 2002).

La consideración que subyace al entrenamiento en destrezas es que el individuo carece de las destrezas para efectuar el cambio deseado, por lo que el terapeuta debe enseñarle formas o maneras para cambiar su conducta; se emplea el juego de roles, la práctica y sesiones de retroalimentación, modelamiento o sesiones de solución de problemas. Por otro lado, la consideración que subyace en la terapia de incremento motivacional es que no existe un estado de disposición para el cambio, aun cuando el individuo sea capaz, por lo que se debe generar y desarrollar la motivación para el cambio.

Los elementos clave que subyacen al enfoque incluyen: la aplicación de estrategias de automanejo cognitivo-conductual (basadas en el modelo de autocontrol conductual); el empleo de estrategias de incremento motivacional, entre las que destaca, de manera especial, la entrevista motivacional y la terapia de incremento motivacional; y el empleo del método de reducción del daño.

2.6.1 ESTRATEGIAS DE AUTOMANEJO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

Dentro de estas estrategias destaca, de manera particular, el Entrenamiento en Autocontrol Conductual (BSCT; *Behavioral Self-Control Training*) (Chick, Lloyd, & Crombie, 1985; Miller & Hester, 1986c; Hester, 2003; Miller & Muñoz, 1982; Miller & Rollnick, 1999; Miller & Taylor, 1980), el cual es un enfoque de tratamiento empleado para lograr, ya bien sea una meta de abstinencia o de moderación y consumo no problemático. Consiste principalmente de técnicas conductuales de establecimiento de metas, automonitoreo, manejo del consumo, recompensa al logro de la meta, análisis funcional de las situaciones de consumo y el aprendizaje de destrezas alternas de enfrentamiento. Es educacional, en la medida en que se introducen componentes específicos, uno a la vez, y se asignan “tareas” entre sesiones. El paciente es el principal responsable de la toma de decisiones a lo largo del entrenamiento (Hester, 2003).

La investigación ha mostrado que el BSCT puede ser autodirigido (con la ayuda de un manual o software de computadora) o dirigido por el terapeuta (individual, grupal, o software). En general, la investigación controlada no ha encontrado diferencias cuando el tratamiento ha sido dirigido por el terapeuta o ha sido autodirigido. Sin embargo, existen características de los terapeutas asociadas con mejores resultados que cuando el tratamiento es autodirigido.

El BSCT implica ocho pasos que ocurren en el siguiente orden (Hester, 2003):

1. Establecer límites en el número de copas diarias y en el pico máximo de Nivel de Alcohol en Sangre (NAS)
2. Auto-monitorear las conductas de consumo de alcohol
3. Modificar la tasa de consumo de alcohol
4. Practicar la asertividad en el rechazo de copas
5. Establecer un sistema de recompensas del logro de metas
6. Determinar qué antecedentes producen un consumo excesivo y cuáles un consumo moderado
7. Aprender otras destrezas de enfrentamiento, en lugar del consumo
8. Aprender cómo evitar recaer en el beber excesivo

Aun cuando el terapeuta puede guiar al usuario dentro de un modelo de BSCT, el abusador de alcohol mantiene la principal responsabilidad del cambio de la conducta. Durante el curso de la terapia el paciente y el terapeuta se reúnen, en sesiones breves, para revisar la tarea y verificar que el cliente la está instrumentando. Más que involucrarse con el terapeuta la persona es guiada por manuales de autoayuda (Miller & Muñoz, 1982; Sánchez-Craig, 1995), intervenciones vía correspondencia (Sitharthan et al., 1996) o aún por medio de un programa de computadora (Hester & Delaney, 1997).

Hester ha señalado que existe buen apoyo empírico para el BSCT en alcanzar la meta de moderación y en el beber no-problemático (Hester, 1995, 2003). En ensayos clínicos aleatorizados los bebedores problema asignados al BSCT con metas de moderación o abstinencia, típicamente tienen resultados comparables a largo plazo. Cabe señalar, que los enfoques de BSCT han sido empleados, principalmente, en el tratamiento de los problemas de alcohol (Van Bilsen & Withehead, 1994).

La sesión inicial dentro del BSCT involucra una exploración de: (a) las razones del porqué están buscando tratamiento en este momento particular, (b) el grado en el cual la actual motivación para el tratamiento es intrínseca, más que influida por fuentes externas, (c) las áreas de preocupación que tienen el usuario y otras personas significativas sobre su abuso de alcohol, (d) las situaciones en las que bebe o consume de manera excesiva y (e) las consecuencias que experimenta (positivas y negativas, proximales y distales del actual consumo de alcohol). Esto implica un análisis funcional abreviado. La información obtenida en esta primera sesión ayudará al consejero en determinar los antecedentes que instigan el abuso de alcohol y los reforzadores que parecen mantenerlo. Con base en la información obtenida el consejero puede empezar a formular un plan de tratamiento con respecto a las conductas objetivo específicas a ser abordadas, las intervenciones conductuales que trataran esas conductas objetivo de manera más efectiva y las conductas incompatibles con el beber excesivo que deberán ser reforzadas para un aumento en su frecuencia (Quiroga, Rev, 2013).

Durante las sesiones iniciales el terapeuta deberá señalar los problemas más salientes identificados por el usuario y que se deberán de intervenir al principio. El terapeuta deberá, también, evaluar la disponibilidad del usuario para cambiar, y luego, desarrollar metas conductuales en colaboración con el usuario. Para los problemas de alcohol estas metas conductuales deberán implicar, por supuesto, una reducción o cesación en el consumo de alcohol. Además de centrarse en el consumo de alcohol como el aspecto principal, también se deberán de establecer otras metas que ayuden al usuario en el mejoramiento de su funcionamiento diario (p. ej., reducción del estrés). El aspecto medular de la terapia será el negociar con el usuario el logro de estos otros objetivos, incluyendo el consumo. El terapeuta continuará involucrando al usuario en un proceso colaborativo en el que se determinarán los problemas a considerar, sus prioridades relativas y las formas para resolverlos (Quiroga, Rev, 2013).

Al final de la sesión inicial el terapeuta revisa, conjuntamente con el usuario, los procedimientos para llenar los registros de automonitoreo. Además, el terapeuta deberá proporcionar al cliente los manuales de autoayuda que describen los pasos específicos del proceso de autocontrol conductual. El automonitoreo de la conducta de consumo de alcohol constituye una forma de tarea escrita común en los enfoques conductuales, aun cuando otro tipo de tareas pueden también ser empleadas. Las tareas pueden incluir cosas, tales como mantener un diario de actividades, conductas y sentimientos cuando se consume alcohol, o se encuentra en riesgo de consumirlo. En el modelo BSCT breve diseñado por Phillips y Weiner técnicas, tales como la terapia programada y la terapia escrita, hacen lo que se considera típico de la tarea, como preocupación central de la sesión de terapia (Phillips & Weiner, 1966).

Las sesiones posteriores se basan en una revisión de la información recolectada a través del automonitoreo, implicando negociaciones sobre las metas de tratamiento. En tanto que muchos bebedores problema eligen, por ejemplo, una meta de moderación, aquellos con problemas más severos cambian, con el tiempo, por una meta de abstinencia (Hodgins, Leigh, Milne & Gerrish, 1997, Hester, 2003). Posteriores sesiones podrían, también, considerar la introducción del entrenamiento en exposición de señales o la prevención de recaídas sobre un nivel particular. Estas técnicas conductuales han sido incorporadas en enfoques más comprensivos de autocontrol conductual, aún en aquellos que tienen una meta de abstinencia (Larimer & Marlatt, 1990; Sitharthan, Sitharthan, Hough & Kavanagh, 1997). La decisión de instrumentar tales intervenciones es guiada por el automonitoreo continuo del usuario, el cual es revisado en cada sesión, por el terapeuta y el usuario.

2.6.2 ESTRATEGIAS DE INCREMENTO MOTIVACIONAL.

Existe una serie de estrategias para incrementar la motivación de las personas con problemas de alcohol y otras drogas que van, desde aquellas que emplean factores externos (p. ej., provocar una crisis de vida, ejercer coacciones o presiones sociales, familiares) o bien, otras de carácter interpersonal como las consideradas por la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991, 2002) y por la Terapia de Incremento Motivacional (Miller et al., 1992) en las que se expresa empatía y aceptación hacia el cliente, sin criticarlo o coaccionarlo, empleando la escucha reflexiva, creando o incrementando la conciencia de problema o daño por medio de la retroalimentación personalizada, creando ambivalencia en el cliente al desarrollar discrepancia entre la conducta de consumo y el logro de metas o valores personales, solucionando la ambivalencia por medio del manejo de la resistencia, dirigiendo el cambio por medio del balance decisional, ofreciéndole un menú de alternativas de elección, manteniendo los esfuerzos para estabilizar el cambio, incrementando la autoeficacia, etc.) (Quiroga, Rev, 2013).

Otra estrategia de incremento motivacional la constituye las intervenciones breves, las cuales han sido encontradas como técnicas prácticas y costo-efectivas que pueden ser empleadas como un enfoque inicial con bebedores en riesgo y problema dentro de escenarios de atención primaria a la salud (Babor, Ritson & Hodgson, 1986). Estos estudios, conducidos en más de una docena de naciones diferentes, han ensayado una variedad de estrategias de consejo (incluyendo a la entrevista motivacional) que van de una a varias sesiones. Tanto el enfoque cognitivo-conductual como el enfoque de incremento Motivacional tienen una base de datos muy rica en las intervenciones y terapias breves que han demostrado su efectividad en el tratamiento de los problemas de alcohol en un gran rango de escenarios (CSAT, 1999b).

El término intervención breve incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados, etc. La definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud es: “estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que las pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad -y en algunos casos, incluso, antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas-. Esta intervención está dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa”. Normalmente, se define a la *intervención breve* como interacción mínima con un médico o profesional de la salud mental que se centra en los riesgos de la salud asociados con el consumo cuya longitud va, de varios minutos, hasta varias sesiones. Las intervenciones breves resultan particularmente efectivas para individuos, tales como los estudiantes universitarios que consumen de manera excesiva, que no presentan dependencia severa al alcohol pero que, no obstante, tienen problemas de alcohol que van, de mínimos a moderados, o que beben de manera dañina o peligrosa (IOM, 1990).

Quizá el estudio más influyente que se ha realizado a la fecha, dentro del campo del consumo excesivo de alcohol, es el ensayo clínico aleatorizado de la Organización Mundial

de la Salud (WHO, *World Health Organization*) en el área del primer nivel de atención a la salud (Babor & Grant, 1992), con el fin evaluar una intervención breve en diez países, con culturas y sistemas de salud diferentes (La meta era determinar si la intervención breve podía demostrar una reducción en los niveles de consumo de alcohol y en los efectos dañinos en la salud asociados con el consumo excesivo de alcohol). Participaron un total de 1,655 consumidores excesivos. En el diseño, el grupo experimental recibió consejo de 5 minutos en el que se hablaba de la salud y de los efectos negativos que el abuso de bebidas alcohólicas tenía en ella y una evaluación estructurada de 15 minutos. La sesión duraba en total 20 minutos y se hizo un seguimiento a los 6 meses, obteniendo resultados significativos tanto en la reducción del consumo del alcohol como mejoría en la salud.

2.6.3 MÉTODO DE REDUCCIÓN DEL DAÑO.

Este método se basa en la consideración de que las conductas adictivas, incluyendo al abuso y la dependencia al alcohol, pueden ubicarse a lo largo de un continuo de consecuencias dañinas. La meta principal de la reducción del daño consiste en facilitar el tránsito a lo largo de este continuo, desde los efectos más dañinos a los menos dañinos. Aún cuando la abstinencia es considerada como el punto de daño mínimo, se promueve y apoya cualquier movimiento incremental hacia la reducción del daño.

Diane Riley (1994) del Centro Canadiense de Abuso de Drogas define a la reducción del daño de la siguiente manera:

“La primera prioridad de la reducción del daño es decrementar las consecuencias negativas del consumo de drogas. En contraste, la política sobre las drogas en Norte América se ha enfocado, tradicionalmente, en reducir la prevalencia del consumo de drogas. La reducción del daño establece una jerarquía de metas, en la que las más inmediatas y realistas a alcanzar son el consumo libre de riesgos, o en caso de que resulta apropiado, la abstinencia.

Las conductas de ingesta de drogas traen como resultado ya bien sea, efectos que son benéficos (como es el caso de los medicamentos que salvan la vida), neutrales, o dañinos. La asignación de un valor positivo o negativo –un beneficio o un daño- a tales efectos resulta subjetiva y abierta a la controversia, pero un marco de referencia de reducción del daño ofrece al menos un medio pragmático por medio del cual las consecuencias pueden ser evaluadas de manera objetiva”. (pág.1).

CAPÍTULO 3. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS

3.1. Detección e Intervención Breve de Alcohol, tabaco y otras Drogas para Estudiantes Universitarios (DIBADEU).

Descripción

Es una Intervención breve cognitivo-conductual y motivacional de consulta externa desarrollada originalmente por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999), y traducido y adaptado en la Facultad de Psicología de la UNAM por Quiroga y Cabrera (2008).

Se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen, hoy en día, el estado del arte de las intervenciones breves como son: (a) la entrevista motivacional; (b) el balance decisional para el cambio en el consumo; (c) el depositar la responsabilidad del cambio en el paciente; (d) el empleo de los estadios de disposición para el cambio; (e) la retroalimentación gráfica y personalizada sobre los factores de riesgo para el consumo; (f) el aconsejar al paciente estrategias para el cambio, (g) el proveerle al paciente un menú de opciones de procedimientos para el cambio; y (h) el auto-monitoreo del consumo.

Está basado en el método de reducción del daño y busca motivar al paciente a moderar o dejar su consumo de alcohol y/o otras drogas. Consta de 1 sesión de evaluación (con 50 minutos adicionales, después de la primera sesión, para el llenado de medidas de auto-reporte); y una sesión de Retroalimentación y Consejo; las cuales se describen, brevemente, a continuación:

1. Sesión de Evaluación: El objetivo de esta sesión es hacer una evaluación de los patrones de consumo del paciente, de las consecuencias negativas relacionadas del consumo, del índice de dependencia, de la historia familiar de consumo y problemas de psicopatología, así como, indagar acerca de las actitudes que tiene sobre la sustancia y la motivación que presenta para cambiar su patrón de consumo. Para ello, se realiza una entrevista al paciente y se le aplica una batería de instrumentos específicos a las áreas de evaluación.

2. Sesión de Retroalimentación y Consejo: En esta sesión se busca retroalimentar al paciente de forma gráfica y personalizada sobre su patrón de consumo, problemas asociados, índice de dependencia e historia familiar, al tiempo que se le proporciona información psicoeducativa sobre el alcohol y/o otras drogas. Como parte final de la sesión, se le proporciona consejo al paciente sobre diferentes formas específicas que le pueden ayudar a moderar o abstenerse de su consumo. Al finalizar esta sesión, se le entrega al paciente material escrito y gráfico sobre los resultados obtenidos en la Sesión de Evaluación.

3. Seguimiento: Estas sesiones se realizan al 1er, 3ro, 6to y 12vo mes, de haber concluido la Sesión de Retroalimentación y Consejo, con el fin de revisar el progreso de las

metas del paciente y reforzar los logros obtenidos. También se le informa al paciente que el contacto con el terapeuta está disponible, en caso de que lo requiera.

Perfil del usuario

El programa DIBADEU está dirigido a estudiantes universitarios que presentan consumo excesivo, abuso o dependencia leve al alcohol, tabaco u otras drogas, con base en los criterios de abuso y dependencia del DSM-IV; que ya han experimentado problemas debido a su consumo, o bien, que se encuentran en alto riesgo de experimentarlos. Y sin deterioro cognitivo severo.

3.1.1. Escenario

El programa DIBADEU se aplicó en el departamento de Psicología de la Preparatoria 2 “Erasmus Castellanos Quinto”, que pertenece a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que proporciona servicios psicológicos (individual y grupal) a la comunidad universitaria de su plantel.

3.1.2. Instrumentos

Algoritmo de Compromiso para el Cambio de Alcohol/Otras Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (ACC-A, ACC-OD).

Dichos instrumentos desarrollados por Shoeber y sus colaboradores (1995) y adaptados por Quiroga y Vital (2003a) son utilizados para clasificar al paciente dentro de uno de los cinco estadios de cambios basados en el Modelo de Prochaska y DiClemente (1984). Dichos estadios son: 1) precontemplación (uso de alcohol/otras drogas durante los últimos 30 días y no está considerando dejarlo(as) en los próximos 30 días); 2) contemplación (uso de alcohol/otras drogas durante los pasados 30 días pero está considerando dejarlo(as) en los próximos 30 días); 3) preparación (uso de alcohol/otras drogas durante los pasados 30 días, pero llevó a cabo por lo menos un intento de 11 días de abstinencia continua para dejarlo(as) en los últimos 30 días); 4) acción (mantenerse continuamente abstinentes durante los 30 días previos); y 5) mantenimiento (mantenerse continuamente abstinentes 60 días o más).

Cuestionario de Consumo Diario de Drogas (CCD-D).

Desarrollado originalmente por Collins, Parks y Marlatt (1985), para evaluar el consumo diario de alcohol, fue traducido y adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol por Quiroga y Cabrera (2008). Es un cuestionario auto-administrado que evalúa el consumo de otras drogas, consta de 7 recuadros que señalan el patrón de consumo para cada día, de una semana típica de consumo durante el último mes. El paciente indica su consumo típico para cada día de esa semana y el número típico de horas que dedica al consumo en cada día.

Además, incluye una segunda serie de preguntas en las cuales se indaga el lugar de residencia y si el paciente contó con un empleo remunerado durante los 3 meses previos

Cuestionario de Efectos Comprehensivos de las Drogas (CEC-D).

El cuestionario de los Efectos Comprehensivos de las Drogas, fue adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol, por Quiroga y Cabrera (2008), a partir del cuestionario de los Efectos Comprehensivos del Alcohol (CEA), desarrollado originalmente por Fromme, Stroor y Kaplan (1993).

Es un cuestionario autoadministrado de 38 reactivos que evalúa tanto las expectativas positivas como las negativas del consumo de otras drogas distintas al alcohol. Los factores de expectativa positiva incluyen a la sociabilidad, reducción de tensión, y a la sexualidad. Los factores negativos incluyen el deterioro cognitivo y conductual, el riesgo y la agresión, y la auto-percepción.

Los reactivos se centran en los efectos específicos discretos de otras drogas. En primer lugar los usuarios indican en una escala de 4 puntos si están en acuerdo o desacuerdo con una creencia particular. Se contesta en una escala de 5 puntos una calificación de la deseabilidad del efecto percibido. Las expectativas de resultados positivos del consumo de drogas son aquellas evaluadas con probabilidad de ocurrencia y percibidas como deseables. Los factores positivos y negativos del CEC-D demuestran adecuada consistencia interna, confiabilidad test – retest en un periodo de dos meses (0.66 – 0.72 para la expectativa positiva y 0.75 – 0.81 para la expectativa negativa) y validez de constructo. La alfa de Crombach para la expectativa positiva fue de 0.87; en tanto que la expectativa negativa fue de 0.82. El tiempo requerido para la aplicación del CEC-D va de 5 a 10 min (Quiroga & Cabrera, 2008).

Cuestionarios del Árbol Familiar para evaluar la historia familiar de problemas de otras drogas y alcohol (CAF-D/ CAF-A).

El Cuestionario del Árbol Familiar fue traducido y adaptado por Quiroga (2003b) del Family Tree Questionnaire for the Assessment of Family History of Alcohol Problems (Mann, Sobell, Sobell & Hart, 1985). Proporciona a los examinados un conjunto consistente de claves para que identifiquen a sus parientes consanguíneos que tienen problemas de otras drogas distintas al alcohol, empleando un diagrama de un árbol familiar para parientes. Se ha evaluado la confiabilidad de los parientes paternos y maternos a nivel de primer (hermanos y padres) y segundo grado (abuelos, tíos, tías) de muestras de examinados adictos y no-adictos y los resultados han señalado que ambos pueden clasificar de manera confiable a sus parientes como adictos o consumidores problema en un test-retest de dos semanas de intervalo (Mann et al., 1985; Vogel-sprott, Chipperfield & Hart, 1985; Quiroga, 2008).

Cuestionario frecuencia-cantidad de droga.

Desarrollado originalmente por Miller, Kivlahan, Dimeff y Baer (1999), y traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera en 2008, es un cuestionario auto-administrable de 3 reactivos que evalúan el consumo del usuario, durante el último mes. Toma en cuenta, la

mayor cantidad consumida en ese periodo, la cantidad consumida en una tarde típica de fin de semana y qué tan a menudo consumió durante el último mes.

Encuesta Breve de Conductas Sexuales (BSBS).

La Encuesta Breve de Conductas Sexuales (BSBS) fue desarrollada por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999) y en 2003 fue traducida y adaptada por Quiroga y Cabrera. Evalúa conductas sexuales en adolescentes, indagando acerca del número y género de parejas sexuales, uso del condón, y otras (seguras o riesgosas) prácticas sexuales. La encuesta también incluye preguntas sobre el consumo de alcohol y otras drogas durante la relación sexual. El tiempo requerido para su administración es de 3 minutos.

Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Drogas (ERPC-D).

El ERPC-D fue adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol de la Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Alcohol (APRA) por Quiroga y Cabrera (2003a), desarrollado originalmente por Duthie et al. (1991). Es un instrumento auto-administrable de 16 reactivos que evalúan la probabilidad percibida de estudiantes universitarios para experimentar problemas del consumo excesivo a través del curso de sus años en la universidad. Los estudiantes emplean una escala de 7 puntos para evaluar qué tan probable es que experimenten una consecuencia negativa particular (e.j. crudas, peleas, etc.) como consecuencia del consumo de drogas. Los datos del ERPC-D también pueden ser considerados en contra de la motivación del cambio del estudiante (e.j., baja percepción de riesgo y baja motivación para cambiar, percepción real del riesgo con base en la experiencia actual de las consecuencias negativas y una alta motivación a cambiar, etc.). Se requiere de 4 minutos aproximadamente para su administración.

Forma de Evaluación de las Normas de Consumo de Drogas (FENC-D).

El FENC-D, fue adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol, de la Forma de evaluación de las normas de consumo de alcohol (DNRF) por Quiroga y Cabrera, 2008. Dicho instrumento fue desarrollado originalmente por Baer et. al. (1991). El instrumento indaga sobre qué tanto y qué tan a menudo consume un estudiante típico universitario y qué tanto y qué tan a menudo consumen los estudiantes que residen en diferentes contextos (Ej. que viven con su familia, con otros parientes, solo o con amigos). Si las percepciones de las normas de ingesta universitaria que tiene el estudiante son significativamente imprecisas pueden ser confrontadas durante las sesiones de la retroalimentación, con base en los datos normativos existentes. La administración del FENC-D requiere de 5 minutos aproximadamente (Quiroga & Cabrera, 2008).

Índice de Problemas de Alcohol/Otras Drogas de Rutgers (IPAR/IPDR).

El IPAR/IPDR son cuestionarios auto-administrables que constan de 23 reactivos que permiten evaluar el problema de ingesta de alcohol u otras drogas en adolescentes y jóvenes. El dominio que mide lo constituyen las consecuencias negativas del beber/consumir. El

tiempo de administración es de 10 minutos aproximadamente, presenta una confiabilidad de 0.92 y un coeficiente de estabilidad a los 3 años, de 0.40. Dicho instrumento fue traducido y adaptado del Rutgers Alcohol Problem Index de White y Labouvier, 1989 por Quiroga y Cabrera, 2003b y 2008 respectivamente y validado por Cruz y Garnica en el 2012.

Inventario de Consecuencias del Consumo de Drogas (ICC-D).

El ICC-D fue traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera (2008a) para el consumo de otras drogas distintas al alcohol, a partir del desarrollado originalmente por Miller, Toningan y Longabaugh (1994) para el consumo de alcohol. Es un cuestionario autoadministrable de 50 reactivos que evalúan las consecuencias adversas del abuso de otras drogas durante los últimos 12 meses, en 5 áreas: física, interpersonal, intrapersonal, control de impulsos, responsabilidad social y una escala de control. También se les solicita a los examinados que contesten qué tan a menudo experimentaron una experiencia en particular en los últimos 3 meses. El tiempo de administración requerido es de 10 minutos.

Perfil breve del consumidor de drogas (patrón de consumo constante/episódico) (BDP).

Es un método de entrevista desarrollado originalmente por Miller y Marlatt (1984) y adaptado por Quiroga y Cabrera (2008) para el consumo de otras drogas distintas al alcohol. Permite evaluar el consumo de otras drogas, incluye medidas para el patrón de consumo constante y episódico.

Prueba breve de Michigan sobre detección de antecedentes familiares de adicción a drogas en la familia (SMAST).

El SMAST, fue adaptado por Quiroga y Cabrera (2003a), a partir del instrumento desarrollado por Crews y Sher en 1992. Dicha prueba es autoadministrable y evalúa la historia parental de consumo de otras drogas distintas al alcohol de ambos padres. El tiempo requerido para su administración es de 5 minutos.

Escala de Dependencia al alcohol (EDA-25).

Desarrollada originalmente por Skinner y Allen (1982) y adaptada por Quiroga y Vital (2003b), la Escala de Dependencia al Alcohol se compone de 25 ítems que consideran un marco de tiempo de evaluación de los últimos 12 meses y que cubren síntomas de abstinencia, deterioro en el control del consumo de alcohol, consciencia de compulsión en el consumo de alcohol, la tolerancia al alcohol, persistencia de la conducta de búsqueda de consumo de alcohol. Mide la ausencia de dependencia hasta la dependencia severa. Estudios psicométricos indican que tiene confiabilidad test-retest de 0.92, consistencia interna de 0.92 y validez para medir dependencia. Requiere de 10 minutos para ser contestada (Quiroga, 2008).

3.1.3. Participantes

El DIBADEU se aplicó a 4 usuarios, 3 mujeres y un hombre, con un promedio de edad de 15 años. El estado civil del 100% de los participantes era soltero. Los cuatro usuarios estaban estudiando el tercer año de secundaria (véase tabla 1).

Los estudiantes tenían un nivel de dependencia leve, se identificó que presentaban episodios de consumo episódico explosivo en los últimos tres meses, definido como más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer, consumidos en un periodo corto de tiempo; y/o más de 12 copas estándar a la semana en el hombre y más de 9 en la mujer, en no más de tres días a la semana.

De acuerdo al Cuestionario de Consumo Diario de Drogas (CCD-D), Perfil Breve del consumidor de drogas (patrón de consumo constante/episódico) (BDP), y al Cuestionario de frecuencia-cantidad de drogas, los participantes reportaron un patrón de consumo típico de 4.5 copas estándar de alcohol por ocasión, una vez a la semana, aproximadamente. En cuanto al patrón de consumo episódico en promedio reportaron 12 copas por ocasión en los últimos 90 días.

De acuerdo al Cuestionario de Efectos Comprehensivos de la Droga (CEC-D), los participantes consideraban que al consumir alcohol serían, divertidos, facilitaría la expresión de sus sentimientos, se le facilitaría comunicarse con los demás y su cuerpo estaría relajado.

A partir del Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPDR) y del Inventario de Consecuencias del Consumo de Droga (ICC-D), los pacientes reportaron haber descuidado sus responsabilidades, dañaron sus relaciones familiares, amorosas o con amistades e hicieron cosas impulsivas en donde corrían riesgos. Por otro lado, los datos obtenidos con la Prueba Breve de Michigan sobre detección de antecedentes familiares de adicción a drogas en la familia (SMAST) y el Cuestionario del Árbol Familiar para evaluar problemas de historia familiar de consumo de drogas (CAF-D), todos los usuarios presentaron antecedentes positivos familiares de consumo de drogas o adicción y sólo uno presentó antecedentes de problemas de psicopatología.

Los participantes presentaron el estadio de cambio contemplación (de acuerdo al Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Otras Drogas) (ACC-OD)), sin embargo, se mostraron dispuestos a participar en la intervención. Expresando que tenían curiosidad respecto a la información que se abordaría.

Tabla 1.
Características de los participantes atendidos con el DIBADEU.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre
Edad	15	15	16	15
Edo. Civil	Soltero	Soltero	Soltero	Soltero
Escolaridad	Secundaria	Secundaria	Secundaria	Secundaria
Ocupación	Estudiante	Estudiante	Estudiante	Estudiante
Sustancia tratar	Alcohol	Alcohol	Alcohol	Alcohol
Meta terapéutica	Moderación	Moderación	Moderación	Moderación
Nivel de dependencia	Leve	Leve	Leve	Leve
Etapas de cambio	Contemplación	Contemplación	Contemplación	Contemplación
Antecedentes familiares de consumo	Positivos	Muy Positivo	Positivos	Positivos
Número de problemas asociados al consumo	6	6	7	7
Avance en el tratamiento.	Alta	Alta	Alta	Alta

3.1.4. Procedimiento

a) Las autoridades del plantel de la Preparatoria 2 “Erasmo Castellanos Quinto” solicitaron que se interviniera con un grupo de tercer grado de secundaria incorporado a la Preparatoria (iniciación), por lo que se inició la intervención aplicándoles un cuestionario de tamizaje (AUDIT) para identificar el tipo de riesgo que presentaban los estudiantes, se identificó que cuatro alumnos tenían un consumo riesgoso de alcohol, por lo que se profundizó su problemática, a partir de los resultados obtenidos se asignó el programa DIBADEU.

b) Se describirá a continuación como se fueron realizando las sesiones:

Sesión 1: Entrevista de evaluación y aplicación de la batería de instrumentos correspondientes.

Esta sesión se realizó de forma individual, estuvo enfocada en establecer el rapport con cada uno de los pacientes, obtener un compromiso inicial de su parte para participar en la intervención, y orientarlos acerca del propósito y estructura de las sesiones. Así como; evaluar su patrón de consumo; identificar las consecuencias negativas asociadas al consumo, evaluar su índice de dependencia a la sustancia; indagar acerca de su historia familiar de consumo de alcohol, drogas y problemas de psicopatología, evaluar su motivación al cambio y su actitud hacia la sustancia. También se entregó el formato de auto-monitoreo, explicando la importancia y finalidad de llevarlo a cabo. Durante el desarrollo de la sesión, los participantes mostraron disposición para proporcionar la información necesaria y compromiso para participar en la intervención. Al terminar esta primera parte se les pidió

que respondieran los instrumentos correspondientes, en donde se exploraron los siguientes aspectos: el patrón de consumo constante y episódico; frecuencia y cantidad de consumo; problemas asociados al consumo; nivel de dependencia; conductas sexuales de riesgo, asociadas al consumo; riesgo percibido; expectativas asociadas al consumo.

Sesión 2: Sesión de Retroalimentación y Consejo.

En primer lugar, se revisaron las tarjetas de auto-monitoreo. Posteriormente, se le proporcionó a los usuarios una retroalimentación gráfica y personalizada, donde se abordaron los siguientes aspectos: su patrón de consumo de alcohol; estimación del consumo comparado con su grupo de referencia (frecuencia y cantidad con base a la norma de consumo estudiantil); riesgos y consecuencias asociadas al consumo; los factores de riesgo individuales (expectativas positivas de resultados del consumo de alcohol, creencias acerca del alcohol y sus efectos, historia familiar de problemas de consumo, historia personal de consecuencias negativas del consumo de alcohol, situaciones de consumo, nivel de dependencia y síntomas reportados).

Durante la revisión de los resultados, los estudiantes mostraron interés hacia el riesgo de desarrollar tolerancia y dependencia, y hacia los problemas que les ocasionó el consumo (sentirse mal consigo mismo por el consumo; queja de sus padres por consumo de alcohol; problemas familiares, con amigos o de tipo amoroso. Así mismo, los estudiantes se mostraron participativos y cooperados al comentar las creencias que tenía acerca de los efectos del alcohol, mitos y experiencias lo cual enriqueció la discusión, permitiendo proporcionar a los participantes información más precisa acerca del consumo de alcohol.

En seguida, se le proporcionó consejo al paciente, sobre estrategias específicas (rechazo al consumo y consejos de moderación) que le ayudaran a controlar su consumo, así como para reducir los riesgos relacionados con el mismo.

Al finalizar la sesión los estudiantes se mostraron motivados a poner en práctica los elementos abordados y a hacer lo necesario para disminuir los riesgos al consumir alcohol.

Sesión 3: Seguimiento

El primer seguimiento-mantenimiento se realizó al mes de forma presencial y se realizó un segundo seguimiento-mantenimiento después de seis meses del último contacto vía telefónica. Se identificó que el patrón de consumo de los cuatro estudiantes disminuyó tanto en la cantidad de copas estándar intensidad y frecuencia. Hubo una disminución de los problemas asociados al consumo y de las expectativas positivas al consumo.

3.1.5. Resultados

A partir de la intervención realizada, los participantes lograron identificar las consecuencias negativas asociadas a su consumo de alcohol; el riesgo de desarrollar

dependencia; el papel que juegan las expectativas y creencias en el consumo de la sustancia; los factores situacionales asociados al consumo.

Al finalizar el tratamiento, los estudiantes reportaron una disminución de la cantidad, frecuencia e intensidad del consumo de alcohol, los problemas asociados al consumo y las expectativas positivas acerca del consumo de alcohol.

La descripción del desarrollo de las sesiones, datos de la aplicación y conclusiones se presentan en el capítulo 4 de este trabajo.

3.2. Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes universitarios con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas (PEREU).

Descripción

El PEREU fue desarrollado originalmente por Annis, Herie y Watkin-Merek (1996c) en la Fundación de Investigación de la Adicción de Canadá, fue traducido y adaptado en la Ciudad de México para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003d). Se encuentra basado en un enfoque Cognitivo-Conductual-Motivacional derivado de la Teoría del Aprendizaje Social, diseñado para enseñar a los pacientes a lograr un mayor control sobre su uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

El programa se centra en involucrar a los pacientes a:

- a) Evaluar sus metas y compromiso para cambiar.
- b) Diseñar un plan de Tratamiento Individualizado.
- c) Identificar fortalezas y déficits de enfrentamiento.
- d) Aprender a anticiparse a sus disparadores para el uso del alcohol, tabaco y otras drogas, y desarrollar formas alternativas de enfrentamiento.
- e) Desarrollar su confianza practicando destrezas de enfrentamiento en situaciones de riesgo de la vida real.
- f) Hacer las conexiones entre el uso del alcohol o drogas y otras situaciones de la vida.
- g) Convertirse en su propio co-terapeuta al anticipar las situaciones de riesgo y al planear las estrategias de enfrentamiento.

Dicho programa incluye 5 componentes principales que se instrumentan a lo largo de 8 a 12 sesiones:

La evaluación clínica del paciente, contiene el establecimiento de la línea base del consumo, identificación del nivel de dependencia, valoración de la disposición al cambio e

identificación de las situaciones de riesgo. Posteriormente se devuelven los resultados de las evaluaciones a través de la retroalimentación personalizada.

Una o más citas de entrevista motivacional, con el fin de disminuir la ambivalencia de reducir o abstenerse del consumo

Involucramiento del paciente en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado que consta de:

Un contrato de tratamiento.

Una jerarquía personal de disparadores de uso de alcohol o droga para ser empleados durante el tratamiento a través de las tareas asignadas.

Establecimiento de metas y auto monitoreo por parte del paciente.

La asignación de tareas para la Fase de “Iniciación del Cambio”, se centra en estrategias de evitación, tales como: evitación de las situaciones de riesgo para el uso de alcohol y/u otras drogas; pudiéndose aplicar la coerción (por ejemplo, un mandato legal); el tratamiento de hospitalización/residencial; la medicación protectora; la involucración de un compañero u otra persona responsable y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta.

La asignación de tareas para la Fase de “Mantenimiento del Cambio”, se enfoca en las estrategias de afrontamiento. Las estrategias se diseñan para ayudar al paciente a desarrollar confianza (autoeficacia). Se involucra la exposición gradual a los disparadores que cada vez van incrementando en su dificultad; se anima al paciente para que se anticipe a las situaciones identificadas de alto riesgo y a que practique las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas en el consejo.

Estas opciones de tratamiento tienen la ventaja de poder ajustarse a las características del problema, así como a los recursos, posibilidades y motivación de los pacientes.

Perfil del usuario

El PEREU, está dirigido a estudiantes universitarios o público en general, que presentan problemas de dependencia sustancial a severa al alcohol, tabaco u otras drogas. En el caso del alcohol, consumidores con dependencia sustancial a severa (más de 21 puntos en la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25), de 5 a 7 síntomas en el DSM-IV), con historia sustancial de consumo excesivo (entre 10 y 20 años) y de consumo problemático (más de 5 años), con un patrón de consumo excesivo muy frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer y/o más de 30 copas a la semana en el hombre y más de 24 en la mujer, hasta 5 días a la semana), con problemas relacionados al consumo (más de 20 en el Índice de Problemas de Alcohol/Drogas de Rutgers

(IPAR/IPDR)), siendo uno de ellos un problema muy grave y sin deterioro cognitivo severo (Quiroga & Vital, 2003d).

3.2.1. Escenario

El PEREU, se aplicó en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, que pertenece a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y proporciona servicios psicológicos (individual y grupal) a la comunidad universitaria y a público en general que solicite el servicio.

3.2.2. Instrumentos

Además del Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Alcohol) (ACC-A), el Cuestionario del Árbol Familiar para evaluar la historia familiar de problemas de alcohol (CAF-A), y el Índice de Problemas de Alcohol de Rutgers (IPAR) (cuyas características fueron descritas en la sección 3.1.2 del presente trabajo). Se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (CCCD-A-50, CCCD-OD-50).

Traducido y adaptado del Drug-Taking Confidence Questionnaire-Alcohol (DTCQ-50-Alcohol; Annis, Herie y Watkin-Merek (1996a) por Quiroga y Vital (2003e) es un cuestionario de autoreporte de 50 ítems diseñado para evaluar el concepto de autoeficacia de Bandura, en relación con la percepción del cliente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol/drogas. Se le pide al cliente que se imagine en una variedad de situaciones derivadas del trabajo de Marlatt y Gordon (1980), y que indique para cada situación, con base en una escala de seis puntos (cuyo rango va de 0 = sin confianza; 20 = 20% confiado; 40 = 40% confiado; 60 = 60% confiado; 80 = 80% confiado; a 100 = muy confiado) qué tan confiado se siente de ser capaz de resistir la urgencia de consumir excesivamente en esa situación. Las respuestas del cliente le permitirán al terapeuta monitorear el desarrollo de la autoeficacia del cliente en relación con el enfrentamiento de las situaciones de consumo. Requiere de 10 minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 50 ítems (Quiroga, 2008).

Entrevista Diagnóstico Prescriptiva (EDP).

La entrevista diagnóstico prescriptiva diseñada y elaborada por Quiroga (2003) a partir del Guided Self-Change Biopsychological Assessment desarrollado por L.C. Sobell & Sobell (2003) y del Addiction Severity Index (McLellan et al. 1992) contiene diferentes apartados que permiten obtener información sobre diversos indicadores. Las áreas que la integran son: información sociodemográfica, situación laboral, historia de consumo de alcohol y otras drogas, y consecuencias negativas relacionadas al uso de sustancias, observaciones conductuales y examen del estatus mental, e instrumentos de tamizaje y diagnóstico sobre abuso y dependencia al alcohol y otras drogas, historia familiar de

problemas de alcohol y otras drogas, problemas asociados al consumo, deterioro neuropsicológico, depresión, ansiedad, y sobre los criterios de inclusión/exclusión a los programas específicos de tratamiento (Quiroga, 2003a).

La aplicación de la EDP tiene una duración aproximada de una hora 30 minutos. La información que se obtiene con este instrumento es útil para decidir qué tipo de modalidad o programa de atención es más recomendable. También nos indica algunos cambios relacionados con estilos de vida de los usuarios y las consecuencias del consumo.

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (ISCD-50).

Instrumento traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003c) del Inventory of Drug Taking Situacion-Alcohol, desarrollado por Annis, Herie y Watkin-Merek (1996b). Es un cuestionario de auto-reporte que consta de 50 ítems, fue diseñado para evaluar situaciones en las que el paciente consumió excesivamente durante el año pasado. Se encuentra basado en una clasificación desarrollada por Marlatt y Gordon (1980, 1985), en donde el consumo del paciente es evaluado en relación con ocho categorías de situaciones de consumo, que son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, prueba de control personal, deseos intensos de consumir, conflictos con otros, presión social para el consumo y momentos agradables con los demás. Cada uno de los ítems tiene una escala de 4 puntos, en donde 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = frecuentemente, 4 = casi siempre. Cuenta con una validez de contenido adecuada. Es un instrumento breve y fácil de administrar, requiere de 15 minutos para ser contestado. De acuerdo con León y Pérez (2001) cuenta con una confiabilidad de 0.92.

Línea Base Retrospectiva (Alcohol/Otras Drogas) (LIBARE).

La Línea Base Retrospectiva fue traducida y adaptada por Quiroga (2003c) de la versión Alcohol Timeline Followback desarrollada por Sobell y Sobell (1992). Es un instrumento que sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas antes, durante y después de un tratamiento, requiere que las personas estimen retrospectivamente el consumo diario de alcohol u otras drogas durante un período específico. Se les proporciona un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar o dosis de droga consumida cada día. Este método es frecuentemente evaluado por períodos de 12 meses, aunque hay estudios que han reportado seguimientos por cuatro o más años (P. ejem. Quiroga, 2011). Puede ser aplicada por el entrevistador o en forma de autporeporte, requiere de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 12 meses Presenta una confiabilidad test-retest de 0.91. Proporciona información acerca del patrón, variabilidad y nivel de consumo de una persona. La información puede ser perfilada usando variables tales como el porcentaje de días en que se consume en diferentes niveles, o el patrón de consumo entre semana o fines de semana.

Se pueden identificar periodos de recaída y servir como la base para sondear las causas de la ésta (Quiroga & Vital, 2004).

Prueba de Pistas.

La Prueba de Pistas PDP (Trail Making Tests) de la Batería Halstead-Reitan (Halstead, 1947), es uno de los instrumentos frecuentemente empleado para evaluar deterioros cognitivos derivados del abuso crónico del alcohol. La aplicación de esta prueba tiene una duración aproximada de 5 minutos, cuenta con dos partes, en la primera parte (A) se muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15; en la segunda 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 tiempo, es decir, para la parte A, se otorga un minuto para responder, sin embargo, si el usuario se tarda más de lo indicado NO se le detiene al cumplirse el tiempo, simplemente se toma el tiempo en el cual realizó la tarea. La parte B tiene un tiempo de 2 minutos, en caso de que el usuario no termine la ejecución de la prueba en el tiempo estipulado, la persona que administra la prueba otorgará el tiempo necesario para que el usuario termine con la tarea (Quiroga, 2003, 2008).

Prueba de Detección del Abuso de Drogas (PDAD-20).

Elaborada por Skinner (1982), y traducida y adaptada por Quiroga & Vital (2003d) para su uso en población universitaria, consta de 20 reactivos dicotómicos que miden la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento del paciente con el consumo de otras drogas distintas al alcohol. La prueba presenta una confiabilidad de 0.86.

3.2.3. Participantes

Los pacientes atendidos con el PEREU fueron una mujer (50%) y un hombre (50%), con un promedio de edad de 20 años. El 100% de los participantes eran solteros. Con respecto a su escolaridad, el 50% contaba con bachillerato, y el 50% con licenciatura (véase tabla 2).

La sustancia a tratar en los participantes era alcohol (50%) y marihuana (50%). En cuanto a la meta de tratamiento, en el 100% de los casos fue la abstinencia (véase tabla 2).

De acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25) y a la Prueba de Detección del Abuso de Drogas (PDAD-20), el 100% de los pacientes presentaba una dependencia sustancial. Asimismo, el 100% de los participantes tenía antecedentes familiares de consumo de alcohol o drogas. Cabe señalar que el estadio de disposición al cambio en el que se encontraban los participantes al inicio del tratamiento fue en el 50% de precontemplación y el otro 50% en contemplación (véase tabla 3).

Con respecto al patrón de consumo, en la Línea Base Retrospectiva (Alcohol/Otras Drogas) (LIBARE), el participante 1 reportó un promedio de consumo por ocasión de 18 copas estándar; un total de consumo de 1296 copas en un promedio de 72 días de consumo y 293 días de abstinencia. Por otro lado, el participante 2, cuya sustancia de consumo era la

marihuana, reporto un promedio de consumo por ocasión de 5 cigarros (estableció como unidad de consumo, un cigarro de aproximadamente 2.5gr); un total de consumo de 980 cigarros en un promedio de 260 días; y 104 días de abstinencia en promedio. Cabe señalar, que el número de problemas asociados al consumo que los pacientes señalaron en el Índice de Problemas de Alcohol/Drogas de Rutgers (IPAR/IPDR), en promedio, fue de 12 problemas asociados al consumo (véase tabla 2).

De acuerdo a la prueba de pistas, en ningún caso se encontró presencia de un posible deterioro cognitivo ocasionado por el consumo.

Tabla 2.

Características de los participantes atendidos con el PEREU.

	Participante 1	Participante 2
Sexo	Mujer	Hombre
Edad	22	18
Edo. Civil	Soltera	Soltero
Escolaridad	Licenciatura	Bachillerato
Ocupación	Estudiante	Estudiante y Comerciante
Sustancia a tratar	Alcohol	Marihuana
Meta terapéutica	Abstinencia	Abstinencia
Nivel de dependencia	Sustancial	Sustancial
Etapas de disposición al cambio	Contemplación	Precontemplación
Antecedentes familiares de consumo	Positivos	Positivos
Número de problemas asociados al consumo	14	10
Avance en el tratamiento.	Alta	Alta
Número de sesiones	14	15

Por otro lado, las situaciones de consumo y autoconfianza, reportadas por los participantes en el ISCD-50-A CCCD-A-50, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 3.
Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el PEREU, antes y después del tratamiento.

		Participante 1				Participante 2			
		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	66.6	23	22	92	87	30	22	92
	Malestar físico	30	20	56	92	80	20	36	94
	Conflicto con otros	93.3	20	30	94	26.6	13.3	74	92
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	72	13.3	32	94	93.3	13.3	20	96
	Emociones agradables	93.3	56	36	92	89	26.6	28	88
Situaciones de tentación	Impulsos y tentaciones	13.3	13.3	80	98	27	13.3	60	100
	Presión social	26.6	60	80	92	13	20	84	100
	Probando el control personal	73.3	53.3	48	98	40	23.3	72	98

3.2.4. Procedimiento

a) Los pacientes fueron asignados por parte de las autoridades del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, al programa de Conductas Adictivas, de acuerdo a los datos obtenidos en una entrevista inicial, realizada previamente.

b) La aplicación del PEREU inició una vez que los pacientes fueron asignados al terapeuta, se programaron sesiones semanales para cada uno, donde el avance y evolución del paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

El tratamiento estuvo integrado por los 5 componentes correspondientes al programa y la post-evaluación ((1) evaluación; (2) entrevista motivacional; (3) plan de tratamiento individualizado; (4) fase de iniciación del cambio; (5) fase de mantenimiento del cambio; (6) post-evaluación) (ver sección 3.2.2).

c) Una vez que el tratamiento fue concluido, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

3.2.5. Resultados

Acerca del avance en el tratamiento que tuvieron los participantes, el 100% de ellos lo concluyó y alcanzó la meta terapéutica (véase tabla 3).

Con respecto a la post-evaluación realizada con cada uno de los pacientes, se encontró lo siguiente: de acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25) y a la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20), no reportaron evidencia de dependencia a la sustancia; así mismo, se observó que se mantuvo la abstinencia en los participantes.

Por otro lado, se encontró una disminución en el porcentaje de situaciones de consumo, así como un incremento en la confianza situacional. En la tabla 3 se muestran los resultados obtenidos al respecto.

Por lo tanto, a partir de los resultados mencionados, se puede concluir que el PEREU fue efectivo ya que identificaron eficazmente sus disparadores para el consumo y las consecuencias asociadas al mismo, lo que les permitió anticiparse poniendo en práctica las destrezas necesarias en cada caso. Esto se reflejó en el incremento de su autoeficacia para enfrentar las situaciones de riesgo sin el consumo de la sustancia, y en el mantenimiento de la abstinencia.

3.3. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas (PIBA).

Descripción

El programa de atención para adolescentes, es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como alcohol, marihuana, cocaína e inhalables. Este programa tiene como objetivo promover un cambio en el patrón de consumo de sustancias, a través de un programa de intervención breve basada en la teoría del aprendizaje social; así como guiar y entrenar al adolescente en habilidades de auto-regulación para controlar su consumo de drogas y mantener el cambio en la conducta de consumo (Martínez, Salazar, Ruiz & Ayala, 2012).

Dentro de la información que se maneja, en el tratamiento se incluye:

Retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias.

Cuatro sesiones de tratamiento en forma individual donde se realizan diferentes ejercicios con base en los siguientes tópicos:

- a) Discusión de los costos y beneficios de cambiar el consumo de drogas
- b) Establecimiento de una meta de consumo.
- c) Resultados del registro diario de consumo y de selección de metas.

- d) Discusión acerca de la manera en que se va cumpliendo la meta de consumo durante las semanas de tratamiento.
- e) Discusión de las metas de vida a corto y largo plazo, y la influencia que ejerce el consumo de sustancias en la realización de estas metas.
- f) Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias.
- g) Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas, para encontrar alternativas para cambiar el consumo de sustancias.
- h) Enseñanza de habilidades para afrontar las recaídas.

El programa incluye las siguientes etapas para su desarrollo:

- 1) Admisión: evaluación de los criterios de inclusión al programa.
- 2) Evaluación: evaluación del patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia hacia la droga y problemas relacionados al consumo.
- 3) Inducción al tratamiento: promover la disposición al cambio de los adolescentes, identificados como consumidores a ingresar al programa de intervención breve para adolescentes, a través de las estrategias de la entrevista motivacional.
- 4) Tratamiento: Consta de cuatro sesiones con el adolescente de forma individual, con una duración de 60 a 90 minutos cada sesión, una vez a la semana. Cada una de las sesiones tiene un formato especial de acuerdo a los objetivos propuestos:

Balance Decisional y Establecimiento de Meta de Consumo

Situaciones de Riesgo y Planes de Acción

Metas de Vida

Restablecimiento de Meta de Consumo

- 5) Seguimiento: evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses de haber concluido el tratamiento

Perfil de usuario

El PIBA está dirigido a jóvenes estudiantes de nivel medio superior de entre 14 y 18 años de edad, que consumen alguna droga (alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que reportan problemas relacionados con su consumo, y que no presentan dependencia hacia la droga de consumo (evaluado a través de los indicadores de dependencia del DSM-IV). Los criterios de exclusión para la aplicación de este programa son: a) adolescentes que no asisten a la escuela; b) adolescentes que presentan dependencia hacia la droga; C) adolescentes que presentan desordenes psiquiátricos (Martínez et al., 2012).

3.3.1. Escenario

Dicho programa se aplicó en el Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAHAV), que brinda atención de consulta externa al público en general, proporcionando tratamiento psicológico a usuarios de sustancias que no requieren desintoxicación. Dicho centro es perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM.

3.3.2. Instrumentos

a) Inventario de Ansiedad de Beck (IAB).

Elaborado originalmente por Beck (1990) y estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), mostró consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0.83 y una confiabilidad test-retest de $r=0.75$. El cuestionario consta de 21 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad, el tiempo de aplicación varía de cinco a diez minutos. Las respuestas se clasifican en: “poco o nada” (se califica con 0 puntos), “más o menos” (se califica con un punto), “moderadamente” (se califica con dos puntos), “severamente” (se califica con tres puntos). Se hace la sumatoria total de los reactivos y se obtiene un puntaje del nivel de ansiedad que puede ser mínima, leve, moderada y severa.

Inventario de Depresión de Beck (IDB).

El inventario consta de 21 ítems para evaluar el de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En estudios realizados con población mexicana, dicho instrumento presentó confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach = 0.87, $p < .000$. Así como, validez concurrente con una correlación estadística de $r = 0.70$, $p < .000$ (Jurado et al., 1998).

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS).

Elaborado por Annis y Graham (1987), y adaptado por Echeverría y Ayala, para población mexicana, evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo, ante ocho categorías situacionales. El objetivo de dicho instrumento es obtener una medida que sea sensible al grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo desarrolladas por Marlatt (1980), relacionadas con el consumo. El usuario debe señalar en un rango de 0% (Inseguro) a 100% (Seguro) qué tan seguro se siente para poder resistir la necesidad de consumir en dicha situación (Barragán, et al., 2006).

Entrevista Inicial (EI).

Entrevista que permite conocer aspectos socioeconómicos y características generales del consumo del paciente (historia de consumo, problemas asociados, antecedentes de tratamientos previos, situación laboral, entre otros aspectos) (Barragán et al., 2006).

Escala de Dependencia al Alcohol (EDA).

Fue desarrollada a partir de un instrumento más amplio (Inventario de Consumo de Alcohol) desarrollado por Horn y Wanberg (1969). Mide desde dependencia baja hasta severa. Estudios psicométricos sugieren que la escala tiene confiabilidad test-retest y consistencia interna, así como validez para medir dependencia. Parece probable que sea sensible para medir cambios de dependencia (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998). Los datos de confiabilidad test-retest los obtuvieron Skinner y Horn (1984), utilizando el Inventario de Consumo de Alcohol y estimaron la confiabilidad en 0.92. En cuanto a los resultados de validez del EDA este instrumento se asocia positivamente con medidas similares del MAST ($r = 0.69$) asociadas con el consumo excesivo y no con dependencia. Dicha escala puede ser administrada como cuestionario y como parte de una entrevista estructurada. Requiere menos de 10 minutos para ser contestada (Barragán et al., 2006).

Escala de Satisfacción General (ESG).

Es la valoración porcentual respecto a la satisfacción actual de diversas áreas de vida cotidiana, fue elaborada por Azrin, Naster y Jones (1973). Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana (consumo, progreso en el trabajo o escuela, manejo del dinero, vida social y recreativa, hábitos personales, relaciones familiares o matrimoniales, situación legal, vida emocional y comunicación) y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. Dicho instrumento proporciona el nivel de satisfacción que identifica tener el usuario en cada área y en general en su vida cotidiana. El tiempo de aplicación es de aproximadamente cinco a diez minutos. El instrumento muestra una confiabilidad de .76, su validez de criterio es adecuada ya que correlaciona el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el puntaje de satisfacción general (Barragán et al., 2006).

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).

Elaborado por Annis, Graham y Davis (1982), consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo durante el año anterior. Fue adaptado a población mexicana en 1997 (Echeverría, et al., 1998). Los reactivos se agrupan en 8 categorías; los puntajes de las ocho sub-escalas conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable respetando el universo de situaciones de recaída en usuarios bebedores problema (Barragán, et al., 2006).

Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES).

Adaptada por Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez (1998), del desarrollado originalmente por Sobell & Sobell en 1992. Es un registro retrospectivo de la cantidad del consumo del paciente los seis meses previos al tratamiento, aunque también puede utilizarse durante y después del tratamiento. En este registro, se identifica la frecuencia (en días) y

cantidad (en gramos) de cocaína consumida. Se ha encontrado que este instrumento es confiable y válido para conocer el patrón de consumo antes de iniciar un tratamiento.

Subescala del WAIS Símbolos y Dígitos.

Subescalas de ejecución de la Prueba de inteligencia de Wechsler. Evalúa memoria. Su finalidad es evaluar el funcionamiento cognitivo. Se obtiene un promedio entre los puntajes estandarizados de cada subescala (Barragán et al., 2006).

Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT).

Traducido y adaptado por Mariño, González- Forteza, Andrade, & Medina-Mora (1997), es un cuestionario de tamizaje de 81 reactivos, contempla 7 áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/ delincuencia. Para los objetivos de este programa solo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias que contiene 17 reactivos cuya opción de respuesta es dicotómica (sí/no). A partir de una respuesta afirmativa a uno de los 17 reactivos contenidos dentro de este instrumento, se recomienda evaluar al adolescente, ya que esto indica la presencia de problemas asociados con el consumo. Presenta una confiabilidad de 0.90, se puede aplicar de forma individual o grupal.

Indicadores de dependencia DSM IV.

El cuestionario tiene el objetivo de explorar si el adolescente reporta algún síntoma de dependencia a alguna sustancia del acuerdo a los criterios del DSM IV. Este cuestionario consta de siete reactivos, donde se le pide al adolescente que conteste afirmando o negando si en los últimos 12 meses ha presentado alguna de las situaciones o consecuencias por el consumo de alcohol u otra droga. Los síntomas descritos se basan en la definición de dependencia del DSM-IV, que la señala como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro clínicamente significativo y que se caracteriza por la presencia de tres o más de los siguientes puntos, en algún momento, dentro de un período de 12 meses:

1. Tolerancia
2. Dependencia física que se manifiesta como abstinencia al suspender la droga.
3. Consumo de la sustancia en cantidades mayores o durante tiempo más largos de lo que inicialmente se pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Empleo de tiempo cada vez mayor en actividades relacionadas con la obtención y el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.

6. Reducción importante de actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia.

7. Continuación del consumo de la sustancia a pesar de tener conciencia del daño que ocasiona.

3.3.3. Participantes

Los pacientes atendidos con el PIBA, fueron 3 hombres con un promedio de edad de 16 años, solteros y estudiantes de bachillerato. La sustancia a tratar en el 100% de ellos fue marihuana, y se estableció la meta de abstinencia en los tres casos. Cabe señalar que al inicio de la intervención, se identificó que el paciente 1 se encontraba en la etapa de cambio de precontemplación y el paciente 2 y 3 se encontraban en contemplación.

En cuanto al patrón de consumo, de acuerdo a la LIBARE-6 MESES, los participantes reportaron un promedio de consumo por ocasión de 1.5 cigarros de marihuana (se tomó como unidad de medida de consumo un cigarro de aproximadamente 2.5gr.), con un promedio total de consumo de 24 cigarros en un promedio de 28 días de consumo. Y de acuerdo a los indicadores de dependencia del DSM-IV y el CAD-20 se identificó, que el 66.6% no reportó dependencia a la marihuana, mientras que el 33.3% reportó dependencia baja (véase tabla 4).

Por otro lado, el 100% presentaba un nivel de ansiedad y depresión leve/mínima. Además, a partir de los datos obtenidos durante la entrevista, se identificó que ningún participante presentaba antecedentes familiares de consumo de alcohol u otras drogas (véase tabla 4).

De acuerdo a la escala de consumo de drogas del POSIT, los participantes presentaban al menos un problema asociado al consumo, entre los que principalmente reportaron, problemas en el área escolar y familiar.

En cuanto al nivel de satisfacción que reportaron los adolescentes hacia todas las áreas de su vida en general fue en promedio de 8 puntos, en una escala del uno al 10. Finalmente, de acuerdo a la subescala del WAIS Símbolos y Dígitos, se encontró que el 100% de los participantes se encontraba en el término medio (véase tabla 4).

Tabla 4.
Características de los participantes atendidos con el PIBA.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre
Edad	16	16	16
Edo. Civil	Soltero	Soltero	Soltero
Escolaridad	Bachillerato	Bachillerato	Bachillerato
Ocupación	Estudiante	Estudiante	Estudiante
Nivel de ansiedad	Leve	Leve	Leve
Nivel de depresión	Mínima	Mínima	Mínima
Sustancia a tratar	Marihuana	Marihuana	Marihuana
Meta terapéutica	Abstinencia	Abstinencia	Abstinencia
Nivel de dependencia	Baja	No reportó	No reportó
Etapas de cambio	Precontemplación	Contemplación	Contemplación
Antecedentes familiares de consumo	Negativos	Negativos	Negativos
Puntaje en subescala del WAIS Símbolos y Dígitos	Término medio	Término medio	Término medio
Avance en la intervención	Baja	Alta	Alta
Número de sesiones	3	6	6

Se muestran los datos correspondientes las situaciones de consumo y autoconfianza que reportaron los participantes (véase tabla 5).

Tabla 5. Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el PIBA, antes y después de la intervención.

		Participante 1				Participante 2				Participante 3			
		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	Pre	Post	Pre	Post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	80	N/A	30	N/A	15	0	80	100	89	10	20	100
	Malestar físico	10	N/A	70	N/A	32	0	90	100	96	15	24	98
	Conflicto con otros	87	N/A	20	N/A	18	5	100	100	18	10	85	90
de Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	90	N/A	10	N/A	90	10	25	100	25	5	80	95
	Emociones agradables	0	N/A	80	N/A	89	0	33	100	90	0	10	100
Situaciones tentación	Impulsos y tentaciones	15	N/A	100	N/A	14	0	90	100	15	0	85	100
	Presión social	18	N/A	80	N/A	94	9	24	100	83	20	33	100
	Probando el control personal	10	N/A	70	N/A	0	0	90	100	13	0	90	100

3.3.4. Procedimiento

a) Cada paciente fue asignado por parte de las autoridades del CEPREAHAV, proporcionando todos los datos correspondientes del paciente a la terapeuta mediante la Hoja de Admisión, misma que contiene los datos de identificación del usuario (nombre, edad, dirección, teléfono, sustancia de consumo, etc.), así como el motivo de consulta referido, y la fecha y hora de su primera sesión.

b) Una vez realizada la entrevista inicial y la evaluación correspondiente, inició la aplicación del PIBA y se programaron sesiones semanales, donde el avance y evolución de cada paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

La intervención estuvo integrada por los siguientes componentes y la post-evaluación ((1) inducción al tratamiento; (2) tratamiento (balance decisional y establecimiento de meta de consumo, situaciones de riesgo y planes de acción, metas de vida, restablecimiento de meta de consumo); (3) Seguimiento a un mes.

c) Una vez que la intervención fue concluida, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

3.3.5. Resultados

En cuanto al avance en el tratamiento que tuvieron los participantes, cabe señalar que el 66.6% (participante 2 y 3) concluyó el programa, mientras que el 33.3% (participante 1) dejó de asistir durante las sesiones de retroalimentación.

Cabe señalar, que aunque el participante 1 no concluyó la intervención, pudo recibir información psicoeducativa sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Así como, identificar las principales consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo de su consumo.

Respecto a los participantes que finalizaron el programa, es preciso mencionar que dejaron de consumir desde las etapas iniciales de la intervención (inducción al tratamiento), alcanzando la abstinencia a partir de ese momento.

Así mismo, la confianza asociada a las situaciones de consumo, tuvo en aumento en la mayoría de las categorías evaluadas a partir del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS) (véase tabla 5).

Y en cuanto a la satisfacción general en las diversas áreas de su vida, al finalizar la intervención, los participantes reportaron un nivel de 8 y 9 puntos, en una escala del 1 al 10, y comentaron una disminución en los problemas asociados al consumo, principalmente en el área familiar y escolar.

A partir de los resultados mencionados, se puede concluir que el PIBA, fue un programa efectivo, para prevenir el consumo en los participantes. Ya que a partir de la identificación de los disparadores de su consumo y de las consecuencias asociadas al mismo, los participantes reafirmaron su compromiso para continuar en abstinencia. Cabe señalar que, las sesiones iniciales de la intervención donde se proporcionó información psicoeducativa, fueron referidas por los pacientes, como el elemento de mayor utilidad para ellos.

3.4 Intervención Breve para Bebedores Problema (IBBP).

Descripción

Dicha intervención se fundamenta en el programa de Auto-Cambio Dirigido desarrollado por los Dr. Sobell de la Addiction Research Foundation en Toronto, Canadá, y adaptado por Ayala y colaboradores (1998), para ser utilizado en nuestro país. Este tratamiento es cognitivo, conductual, motivacional y breve, que ayuda a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol. El usuario que recibe el programa-modelo, desarrolla una estrategia general de solución de problemas, que puede emplear para enfrentar este u otro tipo de problemas (Echeverría, et al., 2012).

Las características principales de esta aproximación son:

1. Evita calificar o etiquetar a las personas.
2. No confronta a la persona, sino escucha en forma reflexiva y analiza la información, a fin de que el usuario haga conciencia sobre los riesgos y consecuencias relacionadas con su forma de beber alcohol.
3. Proporciona retroalimentación objetiva no amenazante a los usuarios para evitar la resistencia.
4. Informa y orienta a las personas acerca de cómo el cambio de sus hábitos es posible.
5. Permite a las personas intervenir en la selección de metas y la planeación del tratamiento.

El programa-modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema ayuda a las personas a fijar metas, a encontrar razones para reducir o interrumpir su actual consumo de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso y desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones (Echeverría, et al., 2012).

En las 6 sesiones del programa-modelo se consideran los siguientes aspectos:

Admisión: Se trabaja en la identificación de la etapa para el cambio, y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento.

Evaluación: Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y la autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo.

Paso 1: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas.

Paso 2: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol.

Paso 3: Enfrentando los Problemas originados por el Consumo de Alcohol.

Paso 4: Nuevo establecimiento de metas.

Durante las sesiones del tratamiento el usuario analiza los costos y beneficios del cambio; registra su consumo diario de alcohol; elige metas de consumo (abstinencia o moderación); identifica situaciones de consumo y desarrolla estrategias para enfrentar esas situaciones. Todo esto bajo un modelo de solución de problemas, donde los sujetos desarrollan estrategias para mantener el cambio y afrontar las posibles caídas o recaídas (Echeverría, et al., 2012).

Perfil de Usuario

La IBBP está dirigida a personas mayores de 18 años y menores de 70 años; saber leer y escribir; contar con un domicilio permanente; tener trabajo; vivir con la familia; no presentar síntomas que demuestren dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, delirio tremens, beber menos de 30 tragos a la semana); acudir a tratamiento por voluntad propia; no consumir heroína; que la droga principal de abuso no sea inyectada; no acudir a otro programa de tratamiento; no existir alguna contraindicación médica para el consumo de alcohol; y estar dispuesto a participar en el programa-modelo (Echeverría, et al., 2012).

Sin embargo, existen algunas condiciones que merecen ser consideradas para no excluir al usuario del programa-modelo, entre las que tenemos:

Cuando el usuario es menor de edad, puede ser aceptado en el programa-modelo con el debido consentimiento de los padres o tutores.

La falta de un domicilio permanente, el no contar con un trabajo estable y no vivir con su familia por problemas con el alcohol, son criterio de exclusión solo si se acompañan de síntomas que sugieran dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, etc.)

Si el usuario asiste al tratamiento porque otros lo presionan, es aceptado en el programa-modelo, si éste durante la entrevista reconoce la presencia de algunas consecuencias negativas y, tiene disposición para ingresar al tratamiento.

Si el usuario asiste a otro tipo de tratamiento, se acepta su ingreso al programa-modelo únicamente si los principios o postulados del tratamiento alternativo no se contraponen con los del programa-modelo. Para esto, es importante explicar al usuario las características del programa-modelo y, promover la toma de decisiones en el usuario, para que elija la alternativa que más le convenga de acuerdo a su situación.

Cuando se detecta alguna contraindicación médica para el consumo (diabetes, embarazo, etc.), el usuario puede ingresar al programa-modelo si acepta la abstinencia como la meta de su tratamiento. En estos casos se sugiere esta meta de consumo, debido a las posibles consecuencias que se puedan presentar si la persona continúa bebiendo alcohol bajo estas condiciones.

En caso de que un usuario no lea ni escriba, el terapeuta puede adaptar el material para trabajar con el usuario, o él mismo puede identificar a un familiar o amigo del usuario, que esté dispuesto a ayudarlo para la lectura y comprensión del material.

Los criterios más importantes para excluir a un usuario del programa son: la presencia de síntomas que sugieran dependencia severa acompañados de la falta de apoyo y recursos sociales, que la droga principal de consumo sea la heroína, o que la droga principal de consumo sea inyectada.

3.4.1. Escenario

La IBBP se llevó a cabo en el Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAHAV), que brinda atención de consulta externa al público en general, proporcionando tratamiento psicológico a usuarios de sustancias que no requieren desintoxicación. Dicho centro es perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM.

3.4.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados; Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS); Entrevista Inicial (EI); Escala de Satisfacción General (ESG); Inventario de Ansiedad de Beck (IAB); Inventario de Depresión de Beck (IDB); Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA); Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES); Subescala de WAIS Símbolos y Dígitos; mismos que fueron descritos anteriormente.

3.4.3. Participantes

Las características generales de los participantes atendidos con la IBBP, son las siguientes: el 50% fue hombre (1 participantes), y el 50% era mujer (1 participante), con una edad promedio de 19.5 años; en cuanto a su estado civil, el 100% era soltero; la escolaridad con la que contaba el 100% de los participantes era de bachillerato; la sustancia a tratar en el 100% de los participantes fue el alcohol, con una meta terapéutica de moderación del consumo. Cabe mencionar que el 100% reportó un nivel de ansiedad y depresión leve (véase tabla 6).

En cuanto a las características del patrón de consumo de los participantes, evaluado a partir de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES), se encontró lo siguiente: un promedio de consumo por ocasión de 11 copas estándar, y consumo total en promedio de 495 copas en 44 días de consumo. Entre los principales problemas asociados al mismo, se encontraban aquellos que afectaban el área familiar, económica y de pareja. Sin embargo, al indagar respecto a su nivel de satisfacción general, en las diversas áreas de su vida, a partir de la Escala de Satisfacción General (ESG), los participantes reportaron en promedio un nivel de 7.5 de satisfacción en general.

Por otro lado, en cuanto a la dependencia al alcohol que presentaban los participantes, se encontró de acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), que el 100% tenía una dependencia baja. El 100% de los participantes tenía antecedentes familiares de consumo de consumo excesivo de alcohol (véase tabla 6).

Acercas del estadio de cambio en el que se encontraban los pacientes al inicio del tratamiento, se identificó que el 100% se encontraba en contemplación. Finalmente, de acuerdo a la subescala del WAIS Símbolos y Dígitos, se encontró que el 100% de los participantes se encontraba en el término medio (véase tabla 6).

Tabla 6.
Características de los participantes atendidos con la IBBP.

	Participante 1	Participante 2
Sexo	Hombre	Hombre
Edad	20	19
Edo. Civil	Soltero	Soltero
Escolaridad	Bachillerato	Bachillerato
Ocupación	Estudiante	Estudiante
Nivel de ansiedad	Leve	Leve
Nivel de depresión	Mínima	Mínima
Sustancia a tratar	Alcohol	Alcohol
Meta terapéutica	Moderación	Moderación
Nivel de dependencia	Baja	Baja
Etapas de cambio	Contemplación	Contemplación
Antecedentes familiares de consumo	Positivos	Positivos
Puntaje en sub-escala del WAIS Símbolos y Dígitos	Término medio	Término medio
Avance en la intervención	Alta	Alta
Número de sesiones	5	5

Así mismo, las situaciones de consumo y autoconfianza, reportadas por los participantes en el ISCA y CBCS, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 7. Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con la IBBP, antes y después de la intervención.

		Participante 1				Participante 2			
		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	16.6	0	90	95	43.3	0	85	100
	Malestar físico	16.6	0	70	100	16.6	0	100	100
	Conflicto con otros	18.3	0	90	100	6.6	0	80	100
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	70	16.6	20	90	80	0	40	95
	Emociones agradables	46.6	0	50	90	83.3	5	30	100
Situaciones de tentación	Impulsos y tentaciones	43.3	0	70	90	46.6	0	90	100
	Presión social	80	5	10	80	73.3	8	30	98
	Probando el control personal	30	0	60	95	83.3	0	16	90

3.4.4. Procedimiento

a) Cada paciente fue asignado por parte de las autoridades del Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAHAV), proporcionando todos los datos correspondientes del paciente a la terapeuta mediante la Hoja de Admisión, misma que contiene los datos de identificación del usuario (nombre, edad, dirección, teléfono, sustancia de consumo, etc.), así como el motivo de consulta referido, y la fecha y hora de su primera sesión.

b) Una vez realizada la entrevista inicial y la evaluación correspondiente, inició la aplicación de la IBBP y se programaron sesiones semanales, donde el avance y evolución de cada paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

La intervención estuvo integrada por 4 pasos y la post-evaluación ((1) Paso 1: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas; (2) Paso 2: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol; (3) Paso 3: Enfrentando los Problemas originados por el Consumo de Alcohol; (4) Paso 4: Nuevo establecimiento de metas).

c) Una vez que la intervención fue concluida, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

3.4.5. Resultados

Con respecto al avance que tuvieron los participantes en la intervención, el 100% alcanzó su meta terapéutica (véase tabla 6).

Los participantes reportaron una disminución en la frecuencia y cantidad de su patrón de consumo, con un promedio de consumo por ocasión de 3,4 copas. Los participantes también reportaron una disminución en los problemas asociados al consumo, en comparación con los reportados durante la entrevista inicial. Y cabe señalar que la satisfacción general que reportaron al final incrementó, con un nivel promedio de 9 puntos.

Por otro lado, se encontró un decremento en el porcentaje de situaciones de consumo, así como un aumento en su autoeficacia. Los datos reportados por los participantes en relación a dichos factores, se muestran en la tabla 7.

A partir de los resultados mencionados, se puede concluir que la IBBP fue efectivo y sirvió para que los participantes pudieran identificar las consecuencias asociadas a su consumo de alcohol y las razones que tenían para modificar su forma de beber. Así mismo, a partir de la intervención los participantes pudieron identificar los disparadores de su consumo, lo que les permitió anticiparse al consumo, y poner en práctica las estrategias de enfrentamiento correspondientes a las situaciones de riesgo que se les presentaron. Lo cual se vio reflejado en el incremento de su autoeficacia y en el cambio en su patrón de consumo, moderación y abstinencia, respectivamente.

Cabe señalar que los participantes se mostraron satisfechos con los resultados obtenidos con la intervención, y destacaron la identificación de sus disparadores, como uno de los elementos de mayor utilidad para ellos.

3.5. Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).

Descripción

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es un modelo de tratamiento cognitivo conductual para usuarios dependientes de sustancias adictivas adaptado y modificado a población mexicana, del Community Reinforcement Approach (CRA) desarrollado por Hunt y Azrin (1973), dicho tratamiento fue desarrollado originalmente dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Tiene como objetivo que el paciente modifique su conducta de consumo, alcance la abstinencia y propicie un estilo de vida más satisfactorio (Barragán et al., 2006).

El PSC se está integrado de la siguiente manera:

Admisión: Evaluar por medio de la entrevista conductual y la aplicación de instrumentos si el usuario es candidato al Programa de Satisfactores Cotidianos (los instrumentos se describen en la sección 3.5.2).

Evaluación: 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, ansiedad, enojo y calidad de vida del usuario.

12 Componentes de Intervención: 1) Análisis Funcional de la Conducta de Consumo y No Consumo; 2) Muestra de Abstinencia; 3) Metas de Vida Cotidiana; 4) Rehusarse al Consumo; 5) Solución de Problemas; 6) Habilidades de Comunicación; 7) Control de las emociones (enojo, ansiedad, tristeza y celos); 8) Búsqueda de empleo; 9) Consejo Marital; 10) Habilidades Sociales y Recreativas; 11) Prevención de Recaídas; 12) Entrenamiento al otro significativo. Dichos componentes, giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el paciente se proponga, teniendo como finalidad que desarrolle conductas eficientes que le permitan enfrentar eventos y/o estímulos problemas que generalmente lo hacían recurrir al consumo para enfrentarlos, por lo que se espera que con dicho tratamiento el paciente decida enfrentar estos problemas, favoreciendo el aprendizaje y aplicación de las estrategias revisadas (Barragán, et al., 2006).

Seguimientos: El seguimiento se realizará al mes, a los tres meses, seis meses y un año después de haber terminado el tratamiento.

Perfil de usuario

El PSC está dirigido a pacientes de 18 años o más; que sepan leer y escribir; con una escolaridad preferentemente de preparatoria en adelante; con un funcionamiento cognitivo de 6 puntos o superior; con un nivel de dependencia medio o severo al alcohol (22-30/ 31-47

puntos en la EDA), o en su caso, un nivel de dependencia sustancial o severo a las drogas (11-15/16-20 puntos en el CAD); que presenten pérdidas/daños/alteraciones en al menos 3 áreas de su vida cotidiana (Barragán et al., 2006).

3.5.1. Escenario

El Programa de Satisfactores Cotidianos se aplicó en el Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAHAV), cuyas características fueron descritas en la sección 3.3.1.

3.5.2. Instrumentos

Para llevar a cabo la aplicación del PSC, se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20); Cuestionario de confianza Situacional (CBCS); Entrevista Inicial (EI); Escala de Satisfacción General (ESG); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); Inventario de depresión de Beck (BDI); Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD); Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES); Subescala del WAIS Símbolos y Dígitos, Escala de Dependencia al Alcohol (EDA); Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), cuyas características ya fueron descritas (ver sección 3.3.2).

3.5.3. Participantes

El Programa de Satisfactores Cotidianos se aplicó a 3 participantes 66.6% hombres (2 pacientes) y 33.3% mujeres (1 paciente), con una media de edad de 29 años; el estado civil del 100% era soltero; el 66.6% de ellos tenía escolaridad de licenciatura, mientras el 33.3% contaba con Bachillerato; el 66.6% no contaba con una ocupación y el 33.3% era empleada; la sustancia a tratar en el 33.3% fue el alcohol, mientras que para el 66.6% era cocaína; la meta que se estableció para los tres casos fue la abstinencia (véase tabla 8).

Cabe señalar que al inicio de la intervención, se identificó que el 66.6% de los participantes se encontraba en estadio de cambio de preparación, y el 33% se encontraba en Contemplación.

En cuanto al patrón de consumo, de acuerdo a la LIBARE-6 MESES, se identificó que el participante 2 presentaba un promedio de consumo por ocasión de 19 copas estándar, con un promedio total de consumo de 950 copas en un promedio de 48 días de consumo. Y se encontró a partir de la EDA, que presentaba una dependencia severa. Para los participantes 1 y 3 se identificó que presentaban un promedio de consumo por ocasión 11 gramos por ocasión, con un promedio total de consumo de 590 gramos en un promedio de 58 días de consumo. Además, se encontró a partir del CAD 20, que los dos participantes (1 y 3) presentaban una dependencia severa (véase tabla 8).

Por otro lado, el nivel de ansiedad que reportó el 66.6% fue moderado, y el 33.3% leve. Y en cuanto al nivel de depresión, el 66.6% presentaba un nivel moderado y el 33.3% mínimo. Además, los datos obtenidos durante la entrevista, permitieron identificar que el

66.6% de los participantes presentaba antecedentes familiares de consumo de alcohol (véase tabla 8).

En cuanto, al nivel de satisfacción que reportaron hacia todas las áreas de su vida en general fue en promedio de 4 puntos, en una escala del 1 al 10. Cabe mencionar, que el 100% de los participantes presentaba al menos un problema grave asociado al consumo, entre ellos se encontraban: problemas de salud (diagnosticados por un médico), malestar emocional, problemas o pérdida de empleo, y problemas familiares y económicos. Finalmente, de acuerdo a la subescala del WAIS Símbolos y Dígitos, se encontró que el 100% de los participantes se encontraba en el término medio (véase tabla 8).

Tabla 8.
Características de los participantes atendidos con el PSC.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre
Edad	32	28	30
Edo. Civil	Soltero	Soltera	Soltero
Escolaridad	Secundaria	Licenciatura	Licenciatura
Ocupación	Sin ocupación	Empleada	Sin ocupación
Nivel de ansiedad	Leve	Moderada	Moderada
Nivel de depresión	Moderada	Moderada	Mínima
Sustancia a tratar	Cocaína	Alcohol	Cocaína
Meta terapéutica	Abstinencia	Abstinencia	Abstinencia
Nivel de dependencia	Severa	Severa	Severa
Etapas de cambio	Preparación	Preparación	Contemplación
Antecedentes familiares de consumo	Positivos	Positivos	Negativo
Puntaje en subescala del WAIS Símbolos y Dígitos	Término medio	Término medio	Término medio
Avance en la intervención	Alta	Alta	Baja
Número de sesiones	16	15	9

En cuanto a las situaciones de consumo, y la autoconfianza asociadas a las mismas, los participantes reportaron lo siguiente:

Tabla 9. Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el PSC, antes y después del programa.

		Participante 1				Participante 2				Participante 3			
		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	Post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	93	23	10	90	97	10	5	95	40	--	80	--
	Malestar físico	20	0	100	100	30	0	90	100	10	--	90	--
	Conflicto con otros	80	10	30	90	92	13	20	98	5	--	100	--
de Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	10	0	100	100	15	0	80	100	90	--	20	--
	Emociones agradables	53	0	70	95	93	5	20	98	95	--	20	--
Situaciones de tentación	Impulsos y tentaciones	90	23	10	89	13	0	30	95	20	--	90	--
	Presión social	90	0	10	95	90	12	10	90	95	--	13	--
	Probando el control personal	33	0	100	100	93	10	5	89	90	--	20	--

3.5.4. Procedimiento

a) Cada paciente fue asignado por parte de las autoridades del CEPREAHAV, proporcionando todos los datos correspondientes del paciente a la terapeuta mediante la Hoja de Admisión, misma que contiene los datos de identificación del usuario (nombre, edad, dirección, teléfono, sustancia de consumo, etc.), así como el motivo de consulta referido, y la fecha y hora de su primera sesión.

b) Una vez realizada la entrevista inicial y la evaluación correspondiente, inició la aplicación del PSC y se programaron sesiones semanales, donde el avance y evolución de cada paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

La intervención estuvo integrada por los distintos componentes que integran el programa (análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo; muestra de abstinencia; metas de vida cotidiana; rehusarse al consumo; solución de problemas; habilidades de comunicación; control de las emociones (enojo, ansiedad, tristeza y celos); búsqueda de empleo; consejo marital; habilidades sociales y recreativas; prevención de recaídas; entrenamiento al otro significativo), mismos que fueron seleccionados para cada paciente, de acuerdo a sus necesidades de tratamiento.

c) Una vez que la intervención fue concluida, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

3.5.5. Resultados

Respecto al avance en el tratamiento que tuvieron los participantes, el 66.6% de los participantes (pacientes 1 y 2) finalizaron el tratamiento, el 33.3% (paciente 3) dejó de asistir durante el sexto componente del programa.

Los pacientes 1 y 2 alcanzaron la abstinencia durante el tratamiento. Cabe señalar que al realizar el seguimiento a un mes, los dos reportaron haberse mantenido en abstinencia. Además, señalaron una disminución de los problemas asociados al consumo, principalmente en el área familiar.

El paciente 3 no continuó en el tratamiento ya que tuvo un episodio de consumo excesivo, ante lo cual su familia decidió internarlo en una clínica de modalidad residencial. Por lo cual, no se pudo tener contacto con él posteriormente.

De acuerdo a los resultados mencionados, es posible concluir que el PSC fue efectivo para apoyar a los pacientes en el establecimiento de una meta terapéutica y un compromiso para cambiar su forma de consumo. Así como para identificar los principales disparadores de su consumo, para así poder anticiparse a ellos con planes de acción que incluyeran estrategias alternativas al consumo, lo cual se vio reflejado en la reducción de su consumo (o abstinencia, según fuera el caso) y en el incremento de su autoconfianza.

CAPÍTULO 4. REPORTE DE CASO DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DIBADEU EN MODALIDAD GRUPAL

Como parte de las actividades en la residencia externa de la maestría en psicología de las adicciones se evaluó a un grupo de tercer grado de secundaria incorporado a la preparatoria (iniciación), se aplicó a todo el grupo el cuestionario de tamizaje (AUDIT) para identificar el tipo de riesgo que presentaban los estudiantes, a partir de las problemáticas identificadas se asignó el programa que respondiera a sus necesidades.

Se identificó que 4 estudiantes (3 mujeres y 1 hombre) tenían un consumo riesgoso de alcohol, definido en el AUDIT como 8 a 15 puntos en hombres y 7 a 15 puntos en mujeres, posteriormente se les aplicó la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), resultando en un nivel de dependencia leve para estos estudiantes; además, se observó que presentaban episodios de consumo episódico explosivo en los últimos tres meses, definido como más de 4 copas estándar por ocasión de consumo en el hombre y más de 3 en la mujer, consumidos en un periodo corto de tiempo; y/o más de 12 copas estándar a la semana en el hombre y más de 9 en la mujer, en no más de tres días a la semana.

Debido a las características particulares de estos estudiantes se asignó el programa DIBADEU (ver sección 3.1), ya que este responde a su problemática del consumo riesgoso de alcohol.

4.1 DESCRIPCION DE LOS PARTICIPANTES

Estudiante 1: Mujer de 15 años de edad a quien llamaremos “Paula”, era soltera, con un peso de 60 kg, una estatura de 166 cm, sin padecimientos médicos, cursaba el 3er año de secundaria incorporado a la Preparatoria No. 2, vivía con ambos padres, no tenía hermanos, tenía una relación estrecha con su primo de 19 años; en cuanto a su rendimiento escolar, señaló que tenía problemas con dos materias ya que había faltado a algunas clases por acudir a reuniones con sus amigos.

Paula obtuvo un puntaje de 11 en el cuestionario de tamizaje AUDIT, lo cual la sitúa en un consumo de riesgo; además, en la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) obtuvo un puntaje de 8 correspondiente a un nivel de dependencia leve al alcohol; no presentaba consumo de otras drogas.

Respecto a su historia de consumo Paula informó comenzar a beber vino a los 13 años con sus padres en ocasiones especiales: cumpleaños, celebraciones y reuniones familiares, en estas ocasiones sus padres le permitían consumir una copa de vino para acompañarlos; actualmente, Paula ha incrementado su consumo de alcohol en las cenas familiares llegando a consumir 4 copas por ocasión, señaló que ha tenido problemas con sus padres, quienes le han llamado la atención por beber muy rápido o porque perciben que se ha intoxicado.

Así también, Paula consumía alcohol con sus amigos de la escuela, señaló que en estas ocasiones faltaban a sus últimas clases del viernes y acudían a casa de algún amigo; además, también asistió con su primo a fiestas, en estas ocasiones llegó a consumir hasta 12 copas. Paula señaló que cuando estaba con su primo se permitía tomar más de la cuenta, pues no estaba bajo la vigilancia de sus padres; refirió que había tenido algunos problemas cuando bebía, ya que en una fiesta un chico trato de besarla a la fuerza, razón por la que su primo se peleó a golpes para defenderla, ella indicó que no le comentó esta situación a sus padres ni a sus tíos, pues consideraba que podrían tener problemas con ellos. Paula refirió que cuando acudía a alguna de estas fiestas les pedía permiso a sus padres para quedarse en la casa de primo o les señala que se quedará con una amiga y de esta forma evitar tener peleas con ellos o que la castiguen.

Estudiante 2: Mujer de 15 años de edad, a quien llamaremos “Berenice”, es soltera, tiene un peso de 50 kg, estatura de 148 cm, sin padecimientos médicos, cursa el 3er año de secundaria incorporado a la Preparatoria No. 2, vive con ambos padres; mencionó que hace un año conoció a sus mejores amigos en una convención de historietas japonesas y desde hace 6 meses estableció una relación amorosa con uno de ellos; sus amigos y su novio son mayores que ella, aproximadamente 2 años; en cuanto a su rendimiento escolar, refirió no tener problemas con sus materias, pues trata de cumplir con sus tareas y no faltar a clases para que sus padres le permitan realizar reuniones en su casa.

Berenice obtuvo un puntaje de 14 puntos en el cuestionario de tamizaje AUDIT, lo cual la sitúa en un consumo de riesgo; en la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) obtuvo un puntaje de 9 puntos que corresponde a un nivel de dependencia leve al alcohol; no presenta consumo a otras drogas.

En cuanto a su historia de consumo, Berenice comenzó a beber alcohol a los 12 años en reuniones familiares, indicó que sus padres le permiten beber en estas fiestas, ya que está bajo su vigilancia; señaló que al principio tomaba dos o tres copas, actualmente bebe hasta 10 copas en estas fiestas, menciona que sus padres no lo notan, ya que cuando empieza a tener malestares físicos como náuseas, vómitos y pérdida de equilibrio se retira a su cuarto.

Asimismo, comentó que sus padres le permiten realizar reuniones en su casa para convivir con sus amigos, estas se llevan a cabo aproximadamente cada 15 días, en estas ocasiones Berenice ha bebido 5 copas de alcohol, además, ha asistido a fiestas con su novio y sus amigos en donde ha consumido hasta 12 copas, en estas ocasiones ha tenido malestares físicos como vómito, náuseas, dificultad para coordinar movimientos, pérdida de equilibrio, desinhibición y problemas interpersonales como: peleas con su novio y relaciones sexuales sin protección.

Estudiante 3: Mujer de 16 años a quien llamaremos “Karla”, es soltera, con un peso de 64 kg, estatura de 1.65 cm, sin padecimientos médicos, cursaba el 3er año de secundaria incorporado a la Preparatoria No. 2, vivía con ambos padres, tenía dos hermanas menores

(10 y 6 años), tenía una relación amorosa con un chico de 17 años, que conoció en la escuela; en cuanto a su rendimiento escolar, estaba recursando cinco materias que no pudo aprobar en su tercer año de secundaria, debido a que sus padres decidieron darla de baja el año anterior para alejarla de los amigos con quien consumía, Karla señaló que todo empezó porque había empezado a bajar sus calificaciones, faltaba constantemente y no entregaba sus tareas, porque pasaba su tiempo conviviendo con sus amigos de la escuela y bebiendo alcohol, refirió que en ocasiones no llegó a su casa ya que debido al alto consumo de alcohol, no pudo coordinar sus movimientos y tuvo una disminución de la consciencia; según Karla, esto ocasionó que no llamará a sus padres para avisarles donde estaba, lo cual ocasionó peleas muy fuertes entre ellos. Karla comenta que a partir de que se dio de baja, sus padres son muy restrictivos con ella y en pocas ocasiones le permiten salir con amigos o su novio.

Karla obtuvo un puntaje de 10 puntos en el cuestionario de tamizaje AUDIT, lo cual la sitúa en un consumo de riesgo; en la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) obtuvo un puntaje de 10 puntos que corresponde a un nivel de dependencia leve al alcohol, no presentó consumo a otras drogas

Respecto a su historia de consumo, Karla comentó que empezó a beber alcohol a los 15 años en fiestas con su novio y amigos de la escuela; actualmente sigue reuniéndose con ellos de forma frecuente en un billar, en donde llega a beber hasta 4 copas de alcohol; Karla refiere que trata de beber con “moderación” para que sus padres no perciban que ha consumido alcohol. También ha asistido a fiestas con estos amigos en donde ha bebido hasta 11 copas, señala que ha sido complicado que pueda acudir a estas fiestas ya que es difícil que sus padres le den permiso, indica que para lograrlo tiene que mentirles diciéndoles que se estará con una amiga y se quedará a dormir allí. En estas fiestas ha tenido malestares físicos como náuseas, vómitos, pérdida del equilibrio, dificultad para coordinar sus movimientos, desinhibición; además, de peleas con su novio.

Estudiante 4: Hombre de 15 años de edad, a quien llamaremos “Diego”, soltero, con un peso de 85 kg y una estatura de 1.82 cm, sin padecimientos médicos, que cursa el 3 año de secundaria incorporado a la Preparatoria No. 2, vive con su madre, tiene un hermano mayor (22 años); en cuanto a su rendimiento escolar, refiere que tiene problemas con cuatro materias, Diego piensa que reprobará estas asignaturas debido a que no ha entregado tareas y falta constantemente.

Diego obtuvo un puntaje de 12 en el cuestionario de tamizaje AUDIT, lo cual lo situó en consumo de riesgo; en la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) obtuvo un puntaje de 9 puntos que corresponde a un nivel de dependencia leve al alcohol; no consumía otras drogas.

En cuanto a su historia de consumo, Diego empezó a beber hace un año con sus amigos y su novia en reuniones; actualmente bebe alcohol afuera de la escuela (en un camellón ubicado fuera de la institución), donde consume aproximadamente 5 copas

estándar, señala que él y sus amigos faltan a algunas clases, que consideran que les aburren o que ya no pueden aprobar; durante estas situaciones ha experimentado náuseas, pérdida de equilibrio, desinhibición, irritabilidad e impulsividad; además, algunos maestros les han llamado la atención en la escuela debido a que ha entrado intoxicado al baño o a las áreas deportivas; así mismo, Diego acude a fiestas con ellos, en donde llega a consumir 13 copas estándar, en estas ocasiones ha experimentado náuseas, vomito, desinhibición, dificultad para coordinar sus movimientos, irritabilidad, e impulsividad; en estas situaciones ha tenido problemas con su novia, ya que ella le reclama que se vuelve agresivo, celoso e hiriente, sin embargo, Diego indicó que después del episodio trata de disculparse. Diego comenta que su madre no se percata de su consumo de alcohol ya que cuando bebe en exceso, le llama para decirle que se quedará con un amigo, ante lo cual ella no tiene problema.

4.2 SESIÓN DE EVALUACIÓN

La Sesión de Evaluación tuvo una duración de 90 minutos (con 50 minutos adicionales, después de la primera sesión, para el llenado de medidas de autoreporte). Se eligió realizar la primera sesión de manera individual ya que esto permitió recolectar, a través de la entrevista la información necesaria para la sesión de retroalimentación. Por ello se acordó una cita con cada uno de los estudiantes para llevar a cabo esta sesión.

El objetivo de la entrevista inicial fue recopilar la información sobre el patrón de consumo de alcohol, de los riesgos asociados a dicho consumo, de los factores de riesgo individuales (expectativas de resultados de consumo de alcohol, historia familiar de problemas de alcohol y otras drogas y psicopatología, historia personal de consecuencias negativas o indeseables del consumo de alcohol). Para ello, se realizó una entrevista al paciente y se aplicó una batería de instrumentos.

En la entrevista inicial se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación.

Patrón típico de consumo y ocasiones de consumo episódico o atípico, durante los últimos 30 y 90 días, respectivamente, a través de Perfil Breve del Bebedor (BDP): Forma del patrón de consumo constante y del Perfil Breve del Bebedor (BDP): Forma del patrón de consumo episódico

Índice de dependencia al alcohol, a través de un fragmento de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV

Historia familiar de problemas de alcohol, otros problemas de consumo de sustancias o psicopatología, a través del Cuestionario del árbol familiar (CAF)

Tarjetas de auto-monitoreo

Posteriormente, se les pidió a los participantes que contestaran un paquete de cuestionarios que ayudarán a completar la información recabada en la entrevista, además,

esto proporcionará mayor confiabilidad en la información obtenida. Los cuestionarios que conforman el paquete de auto-reporte se han descrito anteriormente en el apartado (3.1.2), no obstante, se enlistan a continuación:

Cuestionario de frecuencia cantidad y el Cuestionario de consumo diario (DDQ) para medir la frecuencia y cantidad del consumo.

Inventario de consecuencias del bebedor (DrInC) y el Índice de problemas de alcohol Rutgers (IPAR) para medir las consecuencias negativas producidas por el consumo de alcohol durante los 6 meses

Perfil breve de Michigan sobre detección de antecedentes familiares de alcoholismo y consumo excesivo de alcohol en la familia (SMAST) para medir el consumo de otras drogas psicoactivas durante los 6 meses previos

Encuesta breve de conductas sexuales (BSBS) para medir las conductas de riesgo sexuales debidas al consumo de alcohol

Cuestionario de efectos comprensivos del alcohol (CEA) para medir las expectativas de resultados de consumo de alcohol

Evaluación de los riesgos percibidos para consumir alcohol (APRA) para medir la percepción de riesgo hacia el consumo de alcohol

Cuestionario de disposición al cambio (RTCQ) para medir el interés en el cambio y grado de disposición para el cambio en el consumo de alcohol

Forma de evaluación de las normas de consumo de alcohol modificado (DNRF) para medir la percepción sobre las normas universitarias de consumo de alcohol

4.3 DESARROLLO DE LA PRIMERA SESIÓN: EVALUACIÓN INICIAL

La primera sesión se llevó a cabo en un espacio asignado por las autoridades del plantel, suficientemente amplio para realizar la intervención individual y grupal; además, la psicóloga del plantel pidió la autorización a los padres de los alumnos para llevar a cabo la aplicación de este programa, posteriormente se les explicó de forma conjunta los objetivos, duración y temática.

La sesión de evaluación inicial se desarrolló de forma individual con cada uno de los cuatro participantes, debido a que a través de la entrevista se puede profundizar en los patrones de consumo del estudiante, la apreciación que tienen sobre las consecuencias negativas que se derivan del consumo de alcohol y las conductas que puedan contribuir a los riesgos de salud; posteriormente esta información se utilizó para proporcionarles retroalimentación de manera personalizada durante la segunda sesión.

En cuanto a las impresiones que tenían los estudiantes sobre las sesiones, mencionaron sentir curiosidad sobre lo que se abordaría, señalaron que tenían miedo de ser castigados debido a que anteriormente les han llamado la atención por faltar a clases, sin embargo, al aclararles el objetivo de la intervención y lo breve de las sesiones, se mostraron con mayor interés y disposición a participar.

Así mismo, se le preguntó a cada uno de los participantes si tendrían algún inconveniente en realizar la segunda sesión de retroalimentación personalizada en grupo, se les informó que se hablaría sobre sus datos de consumo, riesgos, creencias, nivel de dependencia e historia familiar del consumo problemático de alcohol y otras drogas y psicopatología y los de sus compañeros, por lo que si estaban de acuerdo en participar era importante establecer el compromiso de confidencialidad. Cada estudiante se comprometió a respetar la confidencialidad; Diego y Berenice añadieron que les parecía más dinámico. Se les informó que parte de las metas de esta intervención, es que las sesiones fueran interactivas, por lo que al realizar la segunda sesión con otros de sus pares podrían narrar experiencias, debatir creencias, realizar preguntas sobre las dudas que tienen en cuanto al consumo de alcohol y desarrollar estrategias para evitar un consumo de riesgo.

Posteriormente, se acordó con cada uno de ellos el horario para realizar la primera sesión; se les mencionó que se requerirían 90 minutos para la entrevista inicial y 50 minutos adicionales para el llenado de los cuestionarios, se les dio la oportunidad de elegir el día en que tuvieran mayor facilidad para asistir.

En el siguiente apartado, se describe el desarrollo de la sesión de Evaluación Inicial a partir de la forma en que el terapeuta abordó la importancia de cada tema, así como, las actividades a seguir con cada uno de los estudiantes; posteriormente se detallan las impresiones de cada estudiante.

Se inició dándoles la bienvenida, se estableció rapport preguntándoles sobre cómo se sentían y si habían tenido alguna dificultad para asistir; luego se les oriento sobre el programa, mencionándoles que el objetivo de la primera sesión era obtener información respecto al consumo de alcohol, para lo cual se realizaría una entrevista y se aplicaría la batería de instrumentos correspondientes, además, se les hizo la aclaración sobre que esta intervención no pretendía sermonearlos o decirles lo que no pueden hacer, sino identificar cuáles son los riesgos a los que se exponían con el consumo de alcohol y como evitarlos, reforzando la idea sobre que ellos tienen la libertad de decidir qué hacer con la información.

En seguida, se habló con ellos sobre la confidencialidad de la información, se señaló la importancia de no divulgar lo abordado con sus compañeros en las sesiones y se firmó el consentimiento informado.

Luego, se estableció el compromiso con ellos para la participación y el aprovechamiento de las sesiones, identificando los posibles obstáculos que pudieran presentarse y dándoles solución.

En seguida, se explicó a los alumnos la importancia de conocer el patrón de consumo, se señaló que esta información es para conocer cuánto, en que momentos y con qué frecuencia beben alcohol y de esta manera conocer los riesgos que presentan, con este objetivo se habló del concepto de copa estándar, explicándoles que es un sistema de medición de unidades de medida de consumo, para establecer de forma clara el número de unidades consumidas; además, se definió en que consiste el patrón de consumo típico y episódico, se les indicó que el típico es el consumo de alcohol en una manera frecuente en los últimos 30 días; respecto al patrón de consumo episódico, se les señaló que esté evalúa los episodios ocasionales de consumo (cualquier ocasión de consumo de alcohol en un periodo no típico o cualquier consumo mayor a la cantidad usualmente consumida en los últimos 90 días); una vez que no hubo dudas se procedió a recopilar la información.

Después, se les explicó a cada uno de los estudiantes la importancia de conocer el nivel de dependencia que presentaban para identificar el nivel de riesgo al respecto y a reconocer signos de dependencia de alcohol en el futuro; se explicó que la dependencia al alcohol consta de cuatro síntomas cardinales: una fuerte necesidad o compulsión de beber, la incapacidad propia para limitar el consumo del alcohol en cualquier situación, la dependencia física: síntomas de abstinencia como náuseas, sudores, temblores y ansiedad que se presentan cuando se interrumpe el consumo de alcohol después de un período en que se bebió en exceso y la tolerancia que se refiere a necesitar beber más alcohol para obtener el mismo efecto que cuando empezó a beber; se señaló que la importancia de identificar los síntomas que han presentado,; se les mencionó que esto se llevaría a cabo a través de 4 preguntas de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV.

Posteriormente, se les señaló a los estudiantes que se exploraría su historia familiar de problemas de consumo de alcohol, drogas y problemas de psicopatología a través del Cuestionario de Árbol Familiar para poder identificar cualquier influencia biológica o social que pudiera situarlos en un posible riesgo de desarrollar problemas con el consumo de sustancias adictivas; nuevamente se definieron ciertos conceptos que serían utilizados para explorar este tema, como droga, familia biológica, droga, problema y problema psicológico.

Una vez que se obtuvo la información, se les pidió a los participantes que registraran diariamente su consumo de alcohol durante 15 días, para lo cual se les proporcionaron 20 tarjetas, se les mencionó que este registro era muy importante ya que ayudaría a tener una idea más precisa sobre su consumo actual, los factores contextuales y sobre todo a que el participante aprendiera más sobre su conducta de consumo. Se describió cómo llenar las tarjetas, se aclararon las dudas que tenían, se obtuvo el compromiso para realizar la tarea proponiendo junto con los estudiantes soluciones a las preocupaciones u obstáculos que pudieran tener para realizar este ejercicio, y finalmente se realizó un ensayo sobre como registrar las tarjetas de auto-monitoreo.

En seguida, se resumieron los avances logrados en la sesión, tales como: los compromisos obtenidos para su participación, la recopilación de la información para la

retroalimentación grupal y el convenio para el registro de las tarjetas de auto-monitoreo, después, se agradeció su colaboración y se estableció la nueva cita a los 15 días con el fin de que tuvieran más oportunidades para el llenado de las tarjetas; por último se les pidió que respondieran los instrumentos de auto-reporte.

Ahora, se presenta la descripción de la sesión con los participantes durante la entrevista inicial, iniciando en primer lugar con Paula, luego Berenice, Karla y finalmente Diego.

Al inicio de la sesión, se estableció rapport con Paula, preguntándole como se sentía y si había tenido alguna dificultad para llegar a la sesión, Paula respondió que se encontraba bien, pero tuvo complicaciones llegar a la hora acordada, debido a que tuvo que despertarse más temprano de lo usual, se reforzó su decisión a asistir y se le felicitó por su compromiso; se le orientó sobre los objetivos del programa, ante lo cual, ella indicó que le agradaba que las sesiones se enfocaran en tener un mejor conocimiento de su conducta para evitar riesgos, además, de aprender “tips” de moderación.

Al señalarle la confidencialidad de la información se mostró aliviada, se comprometió a respetar la privacidad de lo que se abordaría en la sesión grupal, se firmó el consentimiento informado y se reafirmó su compromiso para su participación.

Se inició la entrevista mencionándole la importancia de conocer el patrón de consumo y explicándole algunos conceptos que ayudarían a identificar con mayor precisión la información, Paula se sorprendió al conocer las equivalencias de las bebidas alcohólicas en copas estándar, pues se le dificultaba asimilar que una cerveza de 355 mililitros fuera comparable a un caballito de tequila, además de esto no tuvo dudas sobre los periodos que abarcan el patrón de consumo típico y episódico.

En cuanto a su consumo frecuente, que hace referencia a los últimos 30 días, Paula señaló que ha bebido todos los domingos en cenas familiares con sus padres; comenta que en este día sus papás le permiten beber vino para acompañarlos, pues desean que aprenda conocer su sabor y degustarlo, Paula bebe cuatro copas de vino en dos horas; refiere que se esto le ha ocasionado problemas con sus padres (discusiones o castigos) pues ellos se han percatado que bebe alcohol muy rápido y notan en su voz o en su forma de hablar que se ha intoxicado; ella señala que después de estos episodios ha tenido dolores de cabeza y se siente mareada.

En cuanto a su consumo episódico, Paula tuvo dos episodios de consumo, el primero fue hace dos meses y medio, en donde asistió a una fiesta con su primo, señaló que en esta ocasión bebió aproximadamente 12 copas de alcohol en cuatro horas, las bebidas que consumió fueron vodka, tequila y cerveza; comenta que bebe más alcohol cuando está con su primo ya que él cuida de ella, protegiéndola en caso de que experimente náuseas, pérdida del equilibrio o si alguien se sobrepasa con ella. Paula señaló que en esta fiesta su primo se peleó con uno de sus amigos que intento besarla a la fuerza. Respecto al segundo episodio

que ocurrió hace un mes aproximadamente, comento que acudió a una fiesta con sus amigos, en donde bebió 10 copas de alcohol en 6 horas, las bebidas que consumió fueron vodka, tequila y cerveza, en esta ocasión experimento desinhibición, pérdida de equilibrio, tuvo náuseas y vómitos, sin embargo, como les pidió permiso a sus padres para quedarse en casa de una amiga ellos no se enteraron de esta situación.

Posteriormente, se le mencionó a Paula que se hablaría sobre el nivel de dependencia, ella señaló que consideraba que ser dependiente era como ser un “teporocho”, por lo que se aprovechó esta situación para explicarle qué es la dependencia y que se trataría de identificar el nivel en que se encuentra a través de cuatro preguntas para conocer los riesgos y los signos de dependencia de alcohol en el futuro.

Al explorar los indicadores de dependencia, Paula indicó que frecuentemente bebía más alcohol de lo que había planeado, además, respondió que había notado que bebe más, en comparación a cuando empezó a consumir alcohol para obtener los mismos efectos, señaló sentirse tranquila con esta situación ya que ahora puede beber más alcohol sin intoxicarse tan rápido.

Después, se le comentó que se hablaría sobre el factor de riesgo familiar para desarrollar problemas de alcohol, con otras drogas y problemas psicológicos a través del Cuestionario del Árbol Familiar, se le mencionó que explorar esta información era muy importante ya que permitiría identificar si hay alguna predisposición biológica que pueda situarla en un posible riesgo de desarrollar alguna problemática con el alcohol, con otras drogas o psicológicos, Paula no tuvo ninguna duda o comentario respecto a este tema.

Al explorar su historia familiar ella mencionó que su papá había tenido problemas por el consumo de alcohol, por ejemplo: faltó a su trabajo debido a los malestares físicos por las resacas, tiene discusiones frecuentes con la mamá de Paula por el consumo excesivo de alcohol y se ha peleado a golpes con amigos durante episodios de consumo; al comentar esto señaló que ella tiene un vínculo fuerte con él, por lo que en ocasiones le preocupa y no desea verlo con tantos problemas. Respecto a si tienen familiares que presenten consumo de otras drogas, menciono que no conoce a ningún familiar que consuma alguna otra droga. En relación a la psicopatología de sus familiares consanguíneos, mencionó no recordar a nadie que haya tenido algún problema psicológico.

Seguidamente se abordó con ella el registro de las tarjetas, se le comentó que este llenado era muy importante ya que se tendría información precisa respecto al consumo actual de alcohol y el contexto en el que se consume, proporcionando un mayor aprendizaje respecto a su conducta de consumo; Paula señaló que le causaba molestia llenarlas en el momento en el que estuviera bebiendo alcohol, no obstante, se exploraron posibles soluciones con las que pudiera sentirse cómoda, finalmente accedió a registrarlas una vez que hubiera terminado la cena con su padres y en las fiestas iría al baño a realizar el registro en su celular (a través de una aplicación de notas) cada que terminara 4 copas.

Luego, se procedió a explicar el llenado de las tarjetas, Paula no tuvo ninguna duda al respecto, por lo que se realizó un ensayo sobre cómo podía registrarlo en su celular, finalmente se estableció un compromiso con ella para el registro de las tarjetas, se le recalco que esta información sería utilizada en la próxima sesión para la retroalimentación sobre los riesgos que presenta en su forma de consumo de alcohol, por lo que era muy importante que lo completara.

Después, se resumieron los avances obtenidos, se reflejó que gracias a su apertura y colaboración se había podido obtener información precisa sobre su consumo de alcohol, por su parte, Paula señaló que se le habían hecho interesantes algunos conceptos como el de la copa estándar y la información sobre la dependencia.

En seguida, se le pidió que respondiera los instrumentos de auto-reporte.

Durante el llenado de los cuestionarios Paula indicó que había información que ya había registrado, por lo que se le hacía absurdo tener que repetirla otra vez, se le explicó que había cuestionarios que contenían la misma información para que hubiera mayor confiabilidad en lo que se recopilaba, por lo que era muy importante que tratará de contestar de manera honesta y concentrada, se le hizo hincapié en que algunos instrumentos eran muy fáciles de llenar, por lo que no tardaría mucho más del tiempo que ya había ocupado.

Una vez que termino el registro se le agradeció a Paula su participación, se estableció la próxima cita con ella dentro de 15 días, se motivó su participación para que asistiera a la siguiente sesión, señalándole la información útil que podría descubrir, como la identificación de riesgos asociados al consumo, tips de moderación, etc., ante esto; ante lo que Paula se mostró interesada y dispuesta a continuar asistiendo, posteriormente se le despidió.

Consecutivamente, se presenta la sesión realizada con Berenice.

Se inició la sesión estableciendo rapport con Berenice, se le preguntó cómo se sentía y si había tenido alguna dificultad para llegar a la sesión, Berenice respondió que se encontraba bien, tenía mucha curiosidad por las preguntas que se abordarían pues deseaba saber sobre los efectos del consumo de alcohol con algunas bebidas, así como, preguntar sobre la veracidad de algunos mitos.

Posteriormente, se le orientó sobre los objetivos del programa, ella señaló que se le hacía interesante conocer un poco más sobre el alcohol y que acciones puede realizar para no sentirse mal, ya muchos de sus amigos les han dado tips, pero no le han funcionado.

Seguidamente se habló sobre la confidencialidad de la información, ante lo cual comentó no tener ningún problema, se comprometió a respetar la privacidad de lo que se abordaría en la sesión grupal y mencionó que le parecía muy bien que no se pudiera hablar con otros compañeros sobre lo que se platicaría en la sesión, ya que no le gustaría que alguien más supiera de sus experiencias. Posteriormente se reafirmó su compromiso para su participación y se firmó el consentimiento informado.

Se inició la entrevista mencionándole la importancia de conocer el patrón de consumo y explicándole algunos conceptos que ayudarían a recopilar con mayor precisión la información, ella se mostró muy interesada respecto a la cantidad de alcohol que contienen las diferentes bebidas alcohólicas, sobre todo en las de su predilección como el tequila y vodka, además, tenía curiosidad por saber cuántas copas estándar tenían los cocteles (piñas coladas, margaritas, mojitos cubanos, desarmador); en cuanto a los periodos que abarcan el patrón de consumo típico y episódico no tuvo ninguna duda.

Berenice comentó que respecto a su consumo típico bebe cada 15 días, realiza reuniones en su casa para convivir con sus amigos y su novio; estas se llevan a cabo los sábados, debido a que sus amigos asisten a diferentes escuelas y sus horarios no coinciden entre semana, Berenice comenta que bebe aproximadamente 5 copas en cuatro horas, las bebidas que consume son tequila, vodka y saque. Berenice señala que en estas ocasiones ha experimentado desinhibición, pérdida de equilibrio, dificultad para coordinar movimientos y náuseas, ella refiere que sus padres son flexibles ya que les permiten beber alcohol y no los vigilan durante la ocasión de consumo; comenta que en varios momentos le han dicho que prefiere que beba alcohol en un lugar seguro como su casa a que sea en otro lugar en donde puede correr peligro.

En cuanto al consumo episódico refirió que tuvo dos episodios, el primero ocurrió hace dos meses en una fiesta familiar, en donde bebió 10 copas en aproximadamente cinco horas, en esta ocasión consumió bebidas preparadas (piñas coladas, clericot) y cerveza, señaló que se sentía un poco aburrida por lo que empezó a beber mucho, en esta situación experimentó impulsividad, desinhibición, dificultad para coordinar sus movimiento, náuseas y vómitos, refiere que sus padres no se percataron de su estado ya que estaban conviviendo con sus parientes.

El segundo episodio de consumo fue hace un mes, en una fiesta organizada por sus amigos, a la que asistió con su novio, en esta situación consumió 12 copas en seis horas, bebiendo principalmente vodka, tequila, cerveza y saque; en esta ocasión Berenice indica que se sintió desinhibida y refiere que actuó de forma impulsiva ya que decidió junto con su novio tener relaciones sin protección, comenta que al día siguiente tuvo malestares físicos debido al consumo de alcohol como dolores de cabeza, aturdimiento, náuseas, vómitos y también tuvo conflictos con su novio, ya que pensaba que había probabilidades de estar embarazada. Berenice señala que entre los dos buscaron opciones para resolver esta situación y consiguieron dinero para comprar la pastilla anticonceptiva del día siguiente.

Posteriormente, se le mencionó que se hablaría sobre la dependencia, se identificaría a través de cuatro preguntas cuáles son los riesgos que puede estar presentando y los signos de dependencia de alcohol en el futuro; Berenice comentó que le parecía bien y que tenía curiosidad por saber los resultados.

Al explorar los indicadores de dependencia, Berenice refirió que en ocasiones bebe más alcohol de lo que planea y respondió que también consume más alcohol en comparación a cuando empezó a beber para lograr los mismos efectos, señaló que antes sus amigos le decían que tomaba muy poco, no obstante, ahora la felicitan porque bebe más, sin emborracharse tan rápido.

Después, se le comentó que se hablaría sobre el factor de riesgo familiar para desarrollar problemas de alcohol, con otras drogas y problemas psicológicos a través del Cuestionario del Árbol Familiar, se le mencionó que explorar esta información era muy importante ya que permitiría identificar si hay alguna predisposición biológica que pueda situarla en un posible riesgo de desarrollar alguna problemática con el alcohol, con otras drogas o psicológicos, Berenice no tuvo ninguna duda respecto a la información.

Berenice indicó que sus papás beben frecuentemente, señaló que ambos han tenido problemas en sus trabajos, ya que tienen retardos o faltas cuando asisten a alguna fiesta debido a malestares físicos asociados al consumo de alcohol como dolores de cabeza, náuseas y vómitos; además, refiere que hay discusiones entre ellos debido a que tienen preocupaciones por su estabilidad económica. Respecto a si tiene familiares que presenten problemas con otras drogas, señaló que tiene un primo que consume mariguana. En relación a la psicopatología de sus familiares consanguíneos, Berenice comenta que su tía materna había sufrido depresión.

Seguidamente se abordó con ella el registro de las tarjetas, se le mencionó que este llenado era muy importante ya que se tendría información precisa respecto al consumo actual de alcohol y el contexto en el que se consume, brindando un mayor aprendizaje respecto a su conducta de consumo. Berenice se mostró dispuesta a realizar este ejercicio, indicó que les diría a sus amigos que estaba realizando un experimento y cuando tuviera alguna fiesta con sus padres guardaría los vasos desechables en los que se sirve para ir haciendo el conteo.

Luego, se procedió a explicar el llenado de las tarjetas, Berenice preguntó si tendría que poner un número en el recuadro (claves) o podía describir lo que estuviera experimentando, se le respondió que era importante que se familiarizara con las claves, pues con ellas el registro es más rápido.

Posteriormente, se estableció un compromiso con ella para el registro de las tarjetas, se le recalco que esta información sería utilizada en la próxima sesión para la retroalimentación sobre los riesgos que presenta en su forma de consumo de alcohol, por lo que era muy importante que lo completara.

Después, se resumieron los avances obtenidos, se reflejó que gracias a su participación se había podido obtener información sobre su de alcohol, por su parte, Berenice señaló que se le había hecho interesante la información que se le había dado en cuanto al concepto de copa estándar y como se aplican esta información a los cocteles, pues considera importante beber sin tener problemas en sus relaciones interpersonales.

Consecutivamente se le pidió que respondiera los instrumentos de auto-reporte. Durante el llenado de los cuestionarios, Berenice se sintió aburrida, preguntó si era necesario llenarlos todos, ante lo cual se le respondió que sí, se le mostro comprensión y se explicó era importante completarlos debido a que contenían información importante para la retroalimentación, además, se le recordó el objetivo de que pudieran registrarse con la mayor sinceridad posible, se le hizo hincapié en que algunos eran fáciles de completar, por lo que no tardaría mucho en terminar.

Por último, se estableció la próxima cita con ella dentro de 15 días, para que tuvieran mayores oportunidades de realizar el llenado de las tarjetas. Se motivó su participación para que asistiera a la siguiente sesión, señalándole la información útil que podría descubrir, como la identificación de riesgos asociados al consumo, tips de moderación, etc., ante esto; ante lo que Berenice se mostró interesada y dispuesta a continuar asistiendo, posteriormente se le despidió.

En seguida se describe la sesión realizada con Karla.

Se inició la sesión dándole la bienvenida a Karla y estableciendo rapport, se abordó como se sentía y si tuvo problemas para llegar a la sesión; Karla señaló que se sentía bien, refirió no haber tenido problemas para llegar a la hora programada.

Seguidamente se le orientó sobre los objetivos del programa, ella comentó que le interesaba saber cómo beber alcohol con moderación, además, señaló que le agradaba que la duración del programa no fuera extenso.

Al señalarle la confidencialidad de la información Karla mencionó que se sentía conforme, comentó que conoce muy poco a sus compañeros debido a que asiste a clases en diferentes grupos pues esta recursando materias, pero está de acuerdo en no hablar sobre lo que se aborde en las sesiones; seguidamente se reafirmó su compromiso para su participación y se firmó el consentimiento informado.

Se inició la entrevista mencionándole la importancia de conocer el patrón de consumo y explicándole algunos conceptos que ayudarían a recopilar con mayor precisión la información, Karla no tuvo ninguna duda en cuanto al concepto de copa estándar ni sobre los periodos que abarcan el patrón de consumo típico y episódico.

Seguidamente, se le preguntó sobre su patrón de consumo típico, ella señaló que ha asistido todos los viernes de este mes a un billar que está cerca de la escuela con sus amigos y su novio, en donde consume 4 copas de alcohol en tres horas, refiere que la bebida que consume es la cerveza. Karla comenta que en estas situaciones se siente desinhibida, extrovertida y en ocasiones tiene dificultad para coordinar sus movimientos; Karla indicó que trata de beber con “moderación” para que sus padres no perciban que consumió alcohol; menciona que hasta el momento no ha tenido problemas.

En cuanto al consumo episódico Karla señaló que hacía dos meses acudió a una fiesta con sus amigos y su novio, en esta situación consumió 11 copas de alcohol en aproximadamente seis horas, las bebidas que consumió fueron vodka, tequila y cerveza. Karla señaló que aprovecha estas situaciones para beber alcohol pues sus padres no le permiten acudir a este tipo de eventos, ella indicó que les pide permiso a sus padres para quedarse a dormir en casa de una amiga, sin embargo, se quedó a dormir en casa de quien realizó la fiesta con la compañía de su novio; los efectos que experimentó fueron desinhibición, impulsividad, dificultad para coordinar sus movimientos, pérdida de equilibrio, náuseas y vomito.

Posteriormente, se abordó el tema de la dependencia, se le comentó que se trataría de identificar los riesgos que puedan estar presentes a través de cuatro preguntas, ella comentó que no creía tener dependencia puesto que ha disminuido su consumo. Al explorar los indicadores de dependencia, Karla mencionó que frecuentemente bebía más alcohol de lo que había planeado, ya que su novio o sus amigos le insisten en consumir alcohol, además, respondió que ha notado que bebe más alcohol en comparación a cuando empezó a consumir alcohol para obtener los mismos efectos.

Después, se le comentó que se hablaría sobre el factor de riesgo familiar para desarrollar problemas de alcohol, otras drogas y problemas psicológicos a través del Cuestionario del Árbol Familiar, se le mencionó que explorar esta información era muy importante ya que permitiría identificar si hay alguna predisposición biológica que pueda situarla en un posible riesgo de desarrollar alguna problemática con el alcohol, con otras drogas o psicológicos, Karla no tuvo ninguna duda con los conceptos ni con la información brindada. Karla señaló como único familiar que presentaba problemas con el alcohol a su tío materno, refirió que lo internaron en un centro de rehabilitación durante medio año, en cuanto al consumo de otras drogas menciono que no tenía familiares con ese tipo de problemáticas, en relación a la psicopatología de sus familiares consanguíneos, Karla comentó que no recordaba que alguno de sus familiares haya tenido algún problema psicológico.

Seguidamente se abordó con ella el registro de las tarjetas, se le mencionó que este llenado era muy importante ya que se tendría información precisa respecto al consumo de alcohol y el contexto en el que se consume, brindando un mayor aprendizaje respecto a su conducta de consumo, Karla refirió que le daba pena que sus amigos y su novio la vieran apuntando cuantas copas bebía, se exploraron posibles soluciones con las que pudiera sentirse cómoda, finalmente se acordó que lo anotaría en su celular, comprometiéndose a memorizar las claves.

Luego, se procedió a explicar el llenado de las tarjetas, Karla no tuvo ninguna duda al respecto, se realizó un ensayo sobre cómo podía registrarlo en su celular (a través de una aplicación de notas), finalmente se estableció un compromiso con ella para el registro de las tarjetas, se le recalco que esta información sería utilizada en la próxima sesión para la

retroalimentación sobre los riesgos que presenta en su forma de consumo de alcohol, por lo que era muy importante que lo completara.

Posteriormente, se resumieron los avances obtenidos, destacando que se había recolectado información sobre su patrón de consumo, el nivel de dependencia, historia familiar de problemas de consumo de alcohol y psicopatología, por su parte, Karla refirió que deseaba poder conocer más sobre como beber de forma responsable para no tener problemas con sus padres.

Seguidamente se le pidió que respondiera los instrumentos de auto-reporte.

El llenado de cuestionarios se realizó sin ningún problema, Karla estaba tranquila y con disposición a responderlos. Al final, se reforzó con ella el compromiso de acudir a la siguiente sesión con sus compañeros, ante lo que ella se mostró de acuerdo.

Consecutivamente, se estableció la siguiente cita con ella dentro de 15 días, para que tuviera más oportunidades de realizar el llenado de las tarjetas, se motivó su participación para asistir a la siguiente sesión señalándole la información útil que podría descubrir como la identificación de riesgos asociados al consumo, tips de moderación, etc., ante lo que Karla se mostró interesada y dispuesta a continuar asistiendo, posteriormente se le despidió.

A continuación se describe la sesión realizada con Diego.

Se inició dándole la bienvenida, se estableció rapport preguntándole como se sentía y si había tenido alguna dificultad para llegar a la sesión, Diego respondió que no había tenido ninguna dificultad y se encontraba tranquilo, se le felicitó por su asistencia; después se le mencionó los objetivos y lo que podría aprender al asistir a las sesiones; Diego indicó que le gustaba que el programa se enfocara en aprender “tips” de moderación ya que ha tenido algunos problemas con su novia y sus amigos cuando se excede en su consumo de alcohol.

Al señalarle la confidencialidad de la información Diego comentó que le parecía bien que todos respetarán la privacidad de los demás, señaló que él no tenía problema y que se comprometía a no divulgar la información. Seguidamente, se reafirmó el compromiso para su participación y se firmó el consentimiento informado.

Se inició la entrevista mencionándole la importancia de conocer el patrón de consumo y explicándole algunos conceptos que ayudarían a recopilar con mayor precisión la información, Diego preguntó sobre cuál era la utilidad de conocer las equivalencias de la copa estándar, se le contestó que debido a que existe una gran variedad de bebidas con alcohol (fermentados y destilados), esta unidad de medición ayuda a conocer con mayor precisión el consumo de una persona.

En cuanto a la explicación sobre los periodos que abarcan el patrón de consumo típico y episódico, no refirió tener ninguna duda. Respecto al patrón de consumo típico, señaló que ha bebido todos los viernes con sus amigos y su novia en el camellón de la escuela, en estas

situaciones consume 5 copas estándar en tres horas, las bebidas que consume son vodka y tequila; Diego señala que falta a sus clases para poder acudir con sus amigos a consumir alcohol, durante estas situaciones ha experimentado desinhibición, impulsividad, irritabilidad, dificultad para coordinar sus movimientos, además, comenta que algunos profesores le han llamado la atención debido a que ha ingresado a los baños o a las áreas deportivas intoxicado. Refiere que su madre no sabe de esta situación.

En cuanto a su consumo episódico refiere que hace un mes y medio acudió a una fiesta con sus amigos y su novia, en esta situación bebió 13 copas estándar en aproximadamente cuatro horas, las bebidas que consumió fueron vodka, tequila y cerveza, en esta situación experimento desinhibición, impulsividad, irritabilidad, dificultad para coordinar sus movimientos, náuseas y vómitos, indica que en esa ocasión él y su novia discutieron, ya que sintió celos de que ella estuviera bailando con uno de sus amigos, por lo que les reclamó a ambos y golpeo a su amigo, esto le ocasionó que ambos se distanciaran de él, Diego indica que se disculpó con su novia y ella lo perdono.

Posteriormente, se abordó con Diego lo concerniente al nivel de dependencia, se le explicó que es la dependencia y que se trataría de identificar los riesgos que pueda estar presentando a través de cuatro preguntas, esto con el objetivo de que pueda reconocer los signos de dependencia de alcohol en el futuro. Respecto a las preguntas que se refieren a los indicadores de dependencia, Diego comentó que bebe más alcohol de lo que planea; también señaló que cuando empezó a beber tomaba menos alcohol en comparación a lo que bebe ahora.

Consecutivamente, se le comentó que se hablaría sobre el factor de riesgo familiar para desarrollar problemas de alcohol, otras drogas y problemas psicológicos a través del Cuestionario del Árbol Familiar, se le mencionó que explorar esta información era muy importante ya que permitiría identificar si hay alguna predisposición biológica que pueda situarlo en un posible riesgo de desarrollar alguna problema con el alcohol, con las drogas o psicológico. Diego mencionó que todo le había parecido claro y que no tenía ninguna duda. Al explorar su historia familiar mencionó como único familiar que presentaba problemas con el alcohol a su hermano, refirió que ha perdido su trabajo en varias ocasiones porque falta frecuentemente debido a que pasa mucho tiempo con sus amigos bebiendo, no obstante, no ha tenido familiares con consumo de drogas; en relación a la psicopatología de sus familiares consanguíneos, Diego no recuerda haber tenido familiares que tengan algún problema psicológico.

Seguidamente se abordó el registro de las tarjetas, se le mencionó que este llenado era muy importante ya que se tendría información precisa respecto al consumo de alcohol y el contexto en el que se consume, brindando un mayor aprendizaje respecto a su conducta de consumo. Diego señaló que se le dificultaría registrar su consumo enfrente de sus amigos, ya que considera que ellos se burlarían de él, por lo que se exploraron opciones para que pudiera

registrarlas sin que ellos se dieran cuenta, mencionó que podía ir anotando lo que bebía en el celular (a través de una aplicación de notas) y de esta forma no se darían cuenta.

Luego, se procedió a explicar el llenado de las tarjetas, Diego tuvo dudas en la categoría de cantidad, por lo que se retomó la información sobre la copas estándar y se reafirmó esta información durante el ensayo, identificando las bebidas que principalmente consume, así también, se practicó cómo podía registrarlos en su celular, finalmente se estableció un compromiso para el registro de las tarjetas, se le recalco que esta información sería utilizada en la próxima sesión para la retroalimentación sobre los riesgos que presenta en su forma de consumo de alcohol, por lo que era muy importante que lo completara.

Después, se resumieron los avances obtenidos, se reflejó que gracias a su participación se había podido obtener información sobre su consumo y los riesgos que pueda estar presentando, por su parte, Diego comentó que sentía curiosidad por lo que se abordaría en la segunda sesión.

Por último se le pidió que respondiera los instrumentos de auto-reporte.

Durante el llenado de los cuestionarios Diego comentó que eran demasiados y que se le hacía muy tedioso tener que responderlos, por lo que se le hizo hincapié en que por medio de estos cuestionarios se tendría mayor precisión en la forma en que consumía alcohol y que era muy importante que tratará de contestar de manera honesta y concentrada, además, se le mencionó que algunos instrumentos eran muy fáciles de llenar y que no tardaría mucho tiempo, Diego aceptó y los completó.

Consecutivamente, se estableció la siguiente cita, dentro de 15 días, para que tuviera más oportunidades de realizar el llenado de las tarjetas, se le motivó para asistir a la siguiente sesión señalándole la información útil que podría descubrir como la identificación de riesgos asociados al consumo, tips de moderación, etc., ante esto Diego se mostró interesado y dispuesto a continuar asistiendo, posteriormente se le despidió.

Una vez que se ha descrito como se llevó a cabo la Entrevista Inicial, se mostrarán los resultados obtenidos en la sesión de evaluación inicial.

4.3.1 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.

PATRON DE CONSUMO

En el siguiente apartado se muestran los datos obtenidos a través del cuestionario Perfil Breve del Bebedor para el patrón de consumo típico, que hace referencia al consumo de alcohol en una manera frecuente en los últimos 30 días. La tabla 1 muestra, los días de consumo, frecuencia, cantidad, el tiempo, situación de consumo, Nivel de alcohol en la sangre (NAS) y el tipo de bebida.

	PAULA	BERENICE	KARLA	DIEGO
Días de consumo a la semana	Domingo	Sábado	Viernes	Viernes
Frecuencia (últimos 30 días)	1 vez a la semana	2 veces (Quincenalmente)	1 vez a la semana	1 vez a la semana
Cantidad por ocasión (copas estándar)	4	5	4	5
Tiempo de consumo	2 horas	4 horas	3 horas	3 horas
Situación	Cena familiar	Reunión con amigos y novio (casa)	Reunión con amigos y novio (billar)	Reunión con amigos y novia (camellón)
Bebida	Vino	Tequila, vodka, cerveza, saque	Cerveza	Vodka, cerveza
NAS	0.10	0.14	0.08	0.05

Tabla 10. Patrón de consumo típico de los cuatro estudiantes.

En la tabla 10 se muestran los datos de la estudiante Paula quien en el último mes consumió cuatro domingos, cuatro copas estándar en dos horas, en cenas familiares con sus padres, la bebida que ingiere es vino; el nivel de alcohol en la sangre que presentó fue de 0.10, los efectos físicos y psicológicos correspondientes a este nivel de alcohol en la sangre son alteración de las facultades mentales y del juicio, además la coordinación y el equilibrio se dificultan; los efectos que Paula señaló después de estos episodios fueron tener dolores de cabeza y sentirse mareada.

Los datos de Berenice muestran que bebe alcohol los sábados en su casa, cada quince días, en donde realiza reuniones con sus amigos y novio, consume 5 copas estándar en aproximadamente 4 horas, las bebidas que prefiere son tequila, vodka, cerveza y saque, el nivel de alcohol en la sangre que presento fue de 0.14, los efectos físicos y psicológicos correspondientes a este nivel de alcohol en la sangre son una alteración mayor del control físico y mental, habla y visión difíciles, Berenice señala que en estas ocasiones ha

experimentado desinhibición, pérdida de equilibrio, dificultad para coordinar movimientos y nauseas.

Los datos de Karla indican que bebe alcohol semanalmente, los día Viernes con sus amigos y su novio en un billar, consume 4 copas estándar durante aproximadamente tres horas, sus bebida de preferencia es la cerveza, el nivel de alcohol en la sangre que presentó fue de 0.08, los efectos físicos y psicológicos correspondientes a este nivel de alcohol en la sangre son alteración ligera del equilibrio, del habla, visión, sensación de euforia y pérdida de la coordinación motora fina, Karla señaló sentirse desinhibida, extrovertida y en ocasiones tuvo dificultad para coordinar sus movimientos.

Los datos de Diego señalaron que bebió alcohol semanalmente en el camellón que está afuera de su escuela con sus amigos y su novia, consume cinco copas estándar en tres horas, sus bebidas de preferencia son vodka, tequila y cerveza; el nivel de alcohol en la sangre que presento fue de 0.05, los efectos físicos y psicológicos correspondientes a este nivel de alcohol en la sangre son sensación de relajación, calor, disminución del tiempo de reacción y de la coordinación fina, Diego refiere que experimento desinhibición, impulsividad, irritabilidad y dificultad para coordinar sus movimientos.

Así mismo, se muestran los datos obtenidos en el Cuestionario Perfil Breve del Bebedor, forma del patrón de consumo episódico, que hace referencia a un periodo de 90 días en donde el consumo de alcohol es mayor o menor a la cantidad de copas que frecuentemente se ingiere. En la Tabla 11 se muestra la cantidad de copas por ocasión, el tiempo, la situación de consumo, el Nivel de Alcohol en la Sangre y el tipo de bebida.

	PAULA	BERENICE	KARLA	DIEGO
CANTIDAD (copas estándar)	12 copas (Ep. 1)	10 copas (Ep. 1)	11 copas (Ep. 1)	13 copas (Ep.1)
	10 copas (Ep. 2)	12 copas (Ep. 2)		
TIEMPO	4 hrs. (Ep. 1)	5 hrs. (Ep. 1)	6 hrs. (Ep. 1)	4 hrs. (Ep. 1)
	6 hrs. (Ep. 2)	6 hrs. (Ep. 2)		
SITUACIÓN	Fiesta con su primo (Ep.1)	Fiesta familiar (Ep.1)	Fiesta con amigos y su novio (Ep.1)	Reunión con amigos y novia (Ep.1)
	Fiesta con amigos (Ep.2)	Fiesta con amigos y novio (Ep.2)	Fiesta con amigos de su novio (Ep.2)	
NAS	0.34	0.32	0.25	0.19
	0.24	0.39		
BEBIDA	Vodka, tequila, cerveza	Clericot, piña colada, cerveza	Tequila vodka, cerveza	Vodka, cerveza
	Vodka, tequila, cerveza	Vodka, tequila, cerveza, saque	Tequila vodka, cerveza	

Tabla 11. Patrón de consumo episódico de los cuatro estudiantes.

En la tabla 11 se muestran los datos de la estudiante Paula quien tuvo dos episodios de consumo excesivo, el primero en una fiesta con su primo en el que bebió 12 copas estándar en cuatro horas y el segundo en una fiesta con sus amigos en el que bebió 10 copas estándar

en seis horas, indicando que las bebidas que consumió fueron vodka, tequila y cerveza. El nivel de alcohol en la sangre que presentó fue de 0.34 y 0.24 respectivamente, para una persona sin tolerancia los efectos serían, intoxicación severa o inconsciencia. Refirió que en esas situaciones experimentó desinhibición, pérdida de equilibrio, impulsividad, irritabilidad, náuseas y vómitos.

Berenice tuvo dos episodios de consumo excesivo el primero en una fiesta familiar en la que bebió 10 copas estándar en cinco horas; el segundo episodio fue una fiesta con sus amigos y su novio en la que bebió 12 copas en seis horas, las bebidas que consumió en el primer episodio fueron vino (clericot), ron (piña colada) y cerveza; para el segundo episodio consumió vodka, tequila, cerveza y saque. El nivel de alcohol en la sangre que presentó fue de 0.32 y 0.39 respectivamente, para una persona sin tolerancia los efectos serían intoxicación severa, inconsciencia e incluso coma. Refirió que en estas situaciones experimentó impulsividad, desinhibición, dificultad para coordinar sus movimiento, náuseas, vómito y conflictos con su novio.

Karla tuvo un episodio de consumo excesivo en una fiesta con su novio y sus amigos, en donde consumió 11 copas estándar en seis horas. Las bebidas que consumió fueron vodka, tequila y cerveza. El nivel de alcohol en la sangre que presentó fue de 0.25, para una persona sin tolerancia, los efectos serían intoxicación severa y control consciente mínimo. Ella indicó que en estas situaciones experimentó desinhibición, impulsividad, dificultad para coordinar sus movimientos, pérdida de equilibrio, náuseas y vomito.

Diego tuvo un episodio de consumo excesivo en una fiesta con sus amigos y su novia en el que consumió 13 copas estándar en cuatro horas; las bebidas que consumió fueron vodka, tequila y cerveza. El nivel de alcohol en la sangre que presentó fue de 0.19, para una persona sin tolerancia los efectos serían pérdida del control motor y control consciente mínimo, Diego mencionó que se sintió mareado, estaba desinhibido, irritable e impulsivo.

En general, se observó que los participantes presentaban un consumo de riesgo, ya que bebieron una cantidad elevada de alcohol, en poco tiempo, situación que los llevó a embriagarse y a exponerse a mayores peligros.

NORMAS DE CONSUMO

A continuación se presentan los resultados del instrumento Forma de Evaluación de las Normas de Consumo de Alcohol (DNRF) que identifica la percepción de las normas de consumo que tienen los participantes sobre los estudiantes de secundaria y preparatoria.

	Paula	Berenice	Karla	Diego
Percepción sobre el consumo de los estudiantes de secundaria	Tres a cuatro veces a la semana 5 a 6 copas	Beben una o dos veces a la semana de 5 a 6 copas	Beben dos o tres veces al mes de 7 a 8 copas	Beben una o dos veces a la semana de 5 a 6 copas

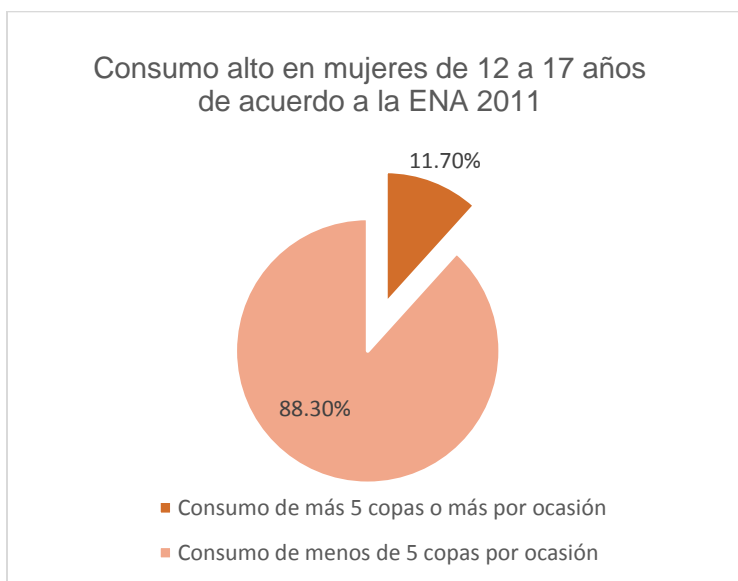
Tabla 12. Percepción de los participantes sobre el patrón de consumo de estudiantes de secundaria y preparatoria.

De acuerdo a los datos mostrados en la Tabla 12, se observa que los participantes perciben que el consumo que presentan los estudiantes de secundaria es de entre una y cuatro veces a la semana y que consumen entre tres y seis copas.

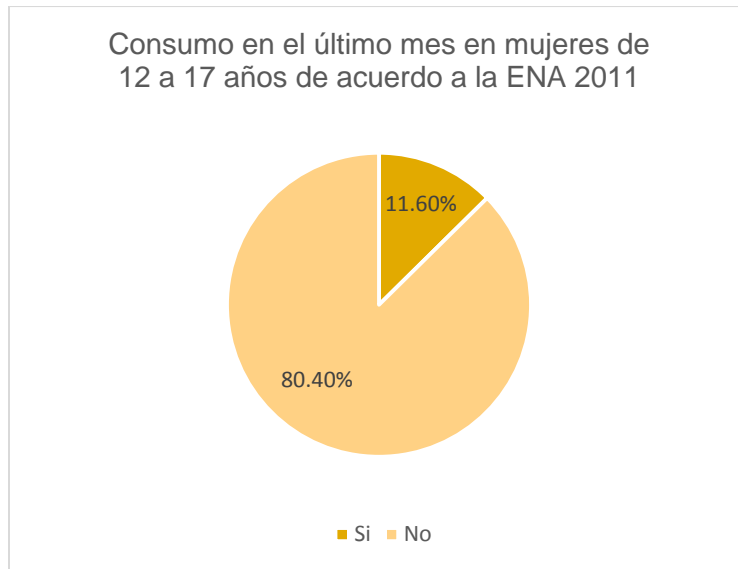
RANGO PERCENTIL

A continuación, se presenta el rango percentil en el que se ubican los participantes según el tipo de consumo que presentan, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones 2011.

En la Gráfica 1 se muestra el consumo alto en mujeres, que corresponde a un consumo de 5 o más copas en una ocasión, en mujeres de entre los 12 a 17 años de edad, en la Gráfica 2 se muestra el consumo de alcohol en el último mes correspondiente al grupo de edad de 12 a 17 años, en mujeres.



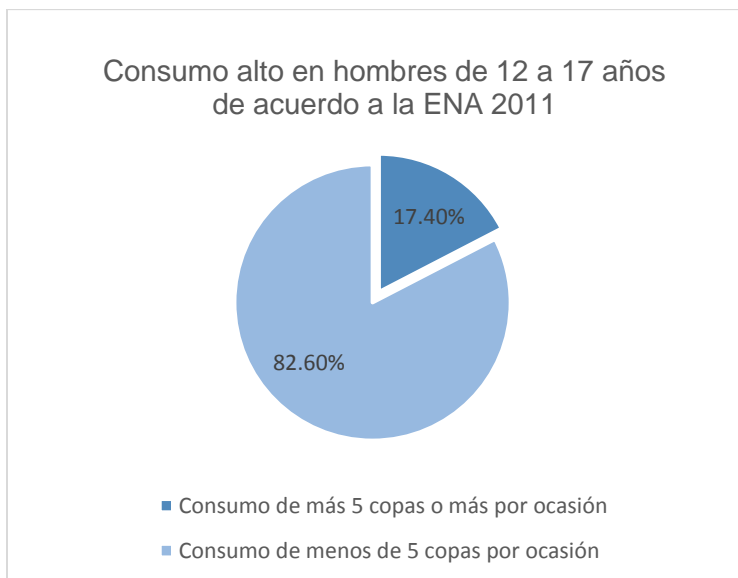
Gráfica 1. Consumo alto en mujeres adolescentes de acuerdo a la ENA 2011.



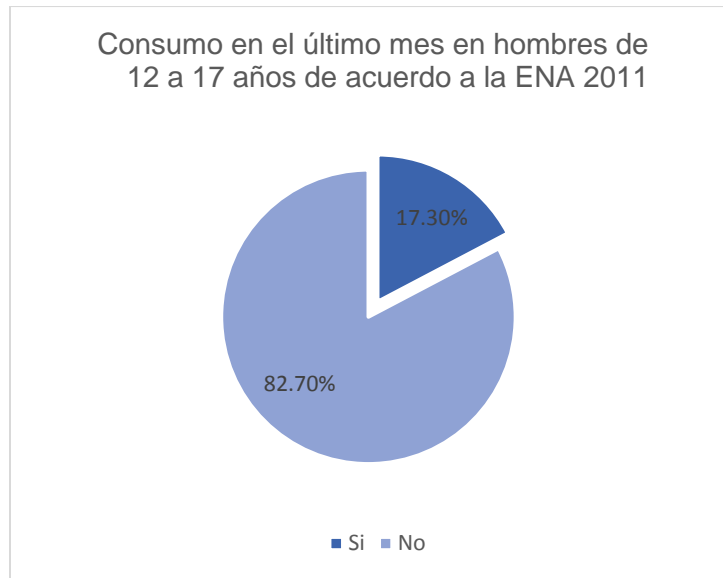
Gráfica 2. Consumo en el último mes en mujeres adolescentes de acuerdo a la ENA 2011.

Paula, Berenice y Karla, se encuentran ubicadas en el 11.7% y 11.6% de la población de mujeres que tiene un consumo alto y en el último mes respectivamente (ENA, 2011).

De la misma forma, las Gráficas 3 y 4 muestran el consumo alto y en el último mes, correspondiente a los hombres de 12 a 17 años.



Gráfica 3. Consumo alto en hombres adolescentes de acuerdo a la ENA 2011.



Gráfica 4. Consumo en el último mes en hombres adolescentes de acuerdo a la ENA 2011.

Diego presentó un consumo alto y en el último mes, por lo que se ubicó en el 17.4% y 17.3% respectivamente de la población de hombres de acuerdo a la ENA (2011).

CONSECUENCIAS RELACIONADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

En este apartado se muestran las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol que los estudiantes experimentaron, según los cuestionarios de Índice de problemas de alcohol de Rutgers (IPAR) e Inventario de consecuencias del bebedor (DrInC).

CONSECUENCIAS RELACIONADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL		
Paula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha descuidado sus responsabilidades 2. Trato de controlar o disminuir su consumo 3. Su familia se ha preocupado o quejado por el consumo de alcohol 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Hirió a alguien o fue lastimada cuando estaba intoxicada 5. Hizo cosas impulsivas, corrió riesgos 6. Se sintió mal después de consumir alcohol (físicamente)
Berenice	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha dañado sus relaciones (familiar, amorosa y con amistades) 2. Ha descuidado sus responsabilidades 3. Hizo hecho cosas impulsivas, corrió riesgos 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Realizo cosas vergonzosas después de consumir alcohol 5. Se sintió mal después de consumir alcohol (consigo mismo y físicamente)
Karla	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha dañado sus relaciones (familiar, amorosa y con amistades) 2. Ha descuidado sus responsabilidades 3. Ha herido a su familia debido al consumo de alcohol 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Realizo cosas vergonzosas después de consumir alcohol 5. Se sintió mal después de consumir alcohol (consigo mismo y físicamente) 6. Trato de disminuir o dejar de consumir alcohol
Diego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha dañado su relación amorosa y con amistades 2. Ha dicho cosas crueles 3. Ha hecho cosas impulsivas 4. Ha descuidado sus responsabilidades 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Se ha metido en problemas 6. Se ha sentido culpable o avergonzado 7. Se sintió mal después de consumir alcohol (consigo mismo y físicamente)

Tabla 13. Consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol de los participantes.

En la tabla anterior se muestran las consecuencias más frecuentes que experimentaron los estudiantes en el último año, en general las consecuencias que calificaron en mayor medida fueron las referentes a dañar sus relaciones familiares, amorosas y con amistades, descuidar sus responsabilidades (tareas, clases) y sentirse mal después de consumir alcohol tanto emocionalmente como físicamente.

CONDUCTAS DE RIESGO EN EL AMBITO SEXUAL

En este apartado se muestran datos sobre las conductas sexuales de riesgo de los estudiantes, a través de la Encuesta Breve de Conductas Sexuales (BSBS).

CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO	
PAULA	Señaló que no ha tenido relaciones sexuales.
BERENICE	Señaló que ha tenido una pareja sexual, en los últimos tres meses en tres ocasiones ha consumido alcohol cuando tuvo relaciones sexuales para “animarse”, menciona que en una ocasión no uso condón y que estuvo en riesgo de quedar embarazada.
KARLA	Señaló que ha tenido una pareja sexual, en los últimos tres meses en cuatro ocasiones estuvo consumiendo alcohol para sentirse desinhibida, refiere que una ocasión no utilizo condón por lo que estuvo en riesgo de quedar embarazada.
DIEGO	Señaló que no ha tenido relaciones sexuales.

Tabla 14. Conductas sexuales de riesgo en los participantes.

De manera general, se observó que tanto Karla como Berenice utilizan el alcohol como facilitador para la relación sexual, además, perciben que hay riesgo de un embarazo por no utilizar condón, pero no contemplan el riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual.

HISTORIA FAMILIAR

Esta sección aborda el riesgo que tiene un estudiante de desarrollar problemas con el alcohol y otras drogas en función de su predisposición genética, según el Cuestionario del Árbol Familiar (CAF) y la Prueba Corta de Michigan de Detección del Alcoholismo (SMAST). Por lo que a partir de su historia familiar se identifica si podría tener un riesgo “negativo”, “positivo” o “muy positivo”. Así mismo, se muestra si algún pariente consanguíneo ha presentado alguna psicopatología.

	Predisposición Genética para Desarrollar Problemas con el Alcohol y otras drogas	Historia Familiar de Psicopatología
Paula	Positivo	Ninguno
Berenice	Muy Positivo	Depresión
Karla	Positivo	Ninguno
Diego	Positivo	Ninguno

Tabla 15. Predisposición genética de los estudiantes para desarrollar problemas con el alcohol y otras drogas e historia familiar.

Se puede observar que Paula podría tener un riesgo “positivo” de desarrollar problemas con el alcohol, debido a que su papá ha tenido un consumo problemático; respecto

a la psicopatología de sus familiares, señaló no recordar que algún familiar tuviera algún trastorno. En cuanto a Berenice, podría tener un riesgo “muy positivo” de desarrollar problemas con el alcohol, debido a que su papá y mamá han tenido un consumo problemático. En relación a la psicopatología de sus familiares consanguíneos, Berenice comentó que su tía materna fue diagnosticada con depresión. En el caso de Karla, ella podría tener un riesgo “positivo” de desarrollar problemas con el alcohol, ya que su tío materno presentaba un consumo excesivo y problemático. Respecto a la psicopatología de sus familiares consanguíneos, Karla no recordó que algún familiar hubiera tenido alguna problemática y finalmente Diego podría tener un riesgo “positivo” de desarrollar problemas con el alcohol, ya que su hermano ha presentado un consumo excesivo y problemático; en cuanto a la psicopatológica de sus familiares consanguíneos, Diego no recordó que ningún familiar hubiera tenido alguna problemática.

EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL

En este apartado se muestran los indicadores de dependencia al alcohol que presentó cada uno de los estudiantes, según la Entrevista Clínica para trastornos del DSM-IV y la Escala de Dependencia al Alcohol.

Con base en los indicadores de dependencia, Paula presentó tolerancia al alcohol, síntomas de abstinencia, bebe con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo del que inicialmente pretendía, además, tiene un nivel de dependencia leve.

PAULA	INDICADORES DE DEPENDENCIA	PUNTAJE
ENTREVISTA CLÍNICA PARA TRASTORNOS DEL EJE I DEL DSM-IV	-Bebe más alcohol de lo que había planeado -Necesita beber más alcohol para sentirse bien en comparación a cuando empezó a beber	2/4
ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	-Algunas veces ha tenido lagunas mentales como resultado de beber -Algunas veces le han temblado las manos o tiene escalofríos cuando vuelve a encontrarse sobria -Algunas veces se ha tropezado o zigzaguea al caminar como resultado de beber -Bebe muy rápido -Ha tenido miedo y sensaciones extrañas cuando bebe -Piensa constantemente en beber y en las bebidas	Nivel de dependencia: LEVE

Tabla 16. Indicadores de dependencia de Paula.

En el caso de Berenice, ella presentó tolerancia al alcohol, síntomas de abstinencia y bebe con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo del que inicialmente pretendía, asimismo tiene un nivel de dependencia leve.

BERENICE	INDICADORES DE DEPENDENCIA	PUNTAJE
ENTREVISTA CLÍNICA PARA TRASTORNOS DEL EJE I DEL DSM-IV	-Bebe más alcohol de lo que había planeado -Necesita beber más para sentirse bien en comparación a cuando empezó a beber	2/4
ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	-Algunas veces ha tenido lagunas mentales como resultado de beber -Algunas veces le han temblado las manos o tiene escalofríos cuando vuelve a encontrarse sobria -Algunas veces se ha tropezado o zigzaguea al caminar como resultado de beber -Después de haber bebido alcohol en exceso ha tenido pensamientos o ideas confusas por unas horas -Ha tenido miedo y sensaciones extrañas cuando bebe	Nivel de dependencia: LEVE

Tabla 17. Indicadores de dependencia de Berenice.

En relación a Karla, ella presentó tolerancia al alcohol, síntomas de abstinencia y bebe con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo del que inicialmente pretendía. Además, tiene un nivel de dependencia leve.

KARLA	INDICADORES DE DEPENDENCIA	PUNTAJE
ENTREVISTA CLÍNICA PARA TRASTORNOS DEL EJE I DEL DSM-IV	-Bebe más alcohol de lo que había planeado -Necesita beber más para sentirse bien en comparación a cuando empezó a beber	2/4
ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	-Algunas veces ha tenido lagunas mentales como resultado de beber -Algunas veces se ha tropezado o zigzaguea al caminar como resultado de beber -Bebe muy rápido -Como resultado de beber a escuchado cosas que no existen -Después de haber bebido alcohol en exceso ha tenido pensamientos o ideas confusas por unas horas	Nivel de dependencia: LEVE

Tabla 18. Indicadores de dependencia de Karla.

Por último, en el caso de Diego, presentó tolerancia al alcohol, síntomas de abstinencia y bebe con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo del que inicialmente pretendía. Asimismo tiene un nivel de dependencia leve.

DIEGO	INDICADORES DE DEPENDENCIA	PUNTAJE
ENTREVISTA CLÍNICA PARA TRASTORNOS DEL EJE I DEL DSM-IV	-Bebe más alcohol de lo que había planeado -Necesita beber más para sentirse bien en comparación a cuando empezó a beber	2/4
ESCALA DE DEPENDENCIA ALCOHOL	-Bebe muy rápido -Ha sentido que el corazón le late rápidamente como resultado de beber -Ha tenido lagunas mentales como resultado de beber -Ha tenido pensamientos, ideas confusas como resultado de beber -Ha terminado bebiendo mucho más de lo planeado -Ha visto o sentido cosas que no existen como resultado de beber	Nivel de dependencia : LEVE

Tabla 19. Indicadores de dependencia de Diego.

CREENCIAS ACERCA DEL ALCOHOL Y SUS EFECTOS

En la siguiente sección se presenta la evaluación de los estudiantes sobre las expectativas positivas al beber alcohol; se muestran los reactivos que cada uno de los estudiantes marcaron como placenteros y probables a ocurrir al consumir alcohol, a partir de la Encuesta de los Efectos Comprensivos del Alcohol (CEA).

EXPECTATIVAS POSITIVAS SOBRE EL ALCOHOL		
PAULA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estaría divertida 2. Estaría relajada 3. Me comportaría socialmente 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Sería amistosa 5. Sería extrovertida 6. Se facilitaría la expresión de mis sentimientos
BERENICE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfrutaría más el sexo 2. Estaría divertida 3. Me comportaría socialmente 4. Me sentiría sexy 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Se facilitaría la expresión de mis sentimientos 6. Sería extrovertida
KARLA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfrutaría más el sexo 2. Estaría divertida 3. Me comportaría socialmente 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Se facilitaría vivir mis fantasías 5. Sería una mejor amante 6. Se facilitaría la expresión de mis sentimientos
DIEGO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estaría divertido 2. Estaría relajado 3. Me comportaría socialmente 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Me sentiría calmado 5. Se facilitaría la expresión de mis sentimientos 6. Se me facilitaría comunicarme

Tabla 20. Expectativas positivas al consumir alcohol.

En la tabla anterior, se muestran las 6 expectativas que los estudiantes marcaron como deseables y probables a ocurrir; es de notar que todos los participantes calificaron las siguientes expectativas: ser sociables, facilitar la expresión de los sentimientos y divertirse más.

PERCEPCIÓN DE RIESGO AL ALCOHOL Y LA MOTIVACIÓN AL CAMBIO

En este apartado se presenta el grado de probabilidad percibida que tienen los estudiantes de experimentar problemas derivados del consumo excesivo de alcohol durante su historia de consumo, a partir del instrumento de Evaluación de los Riesgos Percibidos para consumir Alcohol (APRA), además, se muestra la motivación que tienen para cambiar este consumo a través del Cuestionario de Disposición al Cambio (RTCQ).

	Percepción de los Riesgos y Consecuencias Relacionadas con el Alcohol	Estadio de disposición al cambio
PAULA	Extremadamente improbables a ocurrir	Precontemplación
BERENICE	Moderadamente improbables a ocurrir	Precontemplación
KARLA	Extremadamente improbables a ocurrir	Precontemplación
DIEGO	Moderadamente improbables a ocurrir	Precontemplación

Tabla 21. Percepción de los riesgos y consecuencias relacionadas con el alcohol y motivación al cambio de los estudiantes.

Como se observa en la tabla anterior, los estudiantes perciben que los riesgos y consecuencias que pudieran tener derivados del consumo de alcohol son improbables a ocurrir. En cuanto a la motivación al cambio, los estudiantes se encuentran en la etapa de precontemplación, por lo que no desean cambiar su consumo, ni consideran que este sea problemático.

A partir de los datos obtenidos en los instrumentos se realizó el formato de retroalimentación grafica personalizada, además, se elaboraron las tarjetas personalizadas del nivel de alcohol en sangre y una hoja de tips para un estilo de vida de consumo de alcohol con menos riesgo, estos materiales se les proporcionaron en la segunda sesión.

4.3.2 SESIÓN 2. RETROALIMENTACIÓN Y CONSEJO

Los objetivos de la segunda sesión clínica fueron: 1) Proporcionar a los estudiantes retroalimentación de forma gráfica y personalizada sobre su patrón de consumo de alcohol y de los riesgos asociados a dicho consumo en las áreas de dependencia, consecuencias negativas, historia familiar de problemas con el consumo de alcohol, otras drogas y psicopatología, expectativas y percepción de riesgo. Esto incluye comparar la cantidad y frecuencia e intensidad del consumo del estudiante con los de una muestra normativa, además de revisar los factores de riesgo individuales (expectativas positivas de resultados del consumo de alcohol, historia familiar de problemas de alcohol, historia personal de consecuencias negativas o indeseables del consumo de alcohol, etc.). 2. Refutar los mitos y precisar la información que tiene el estudiante sobre el alcohol y sus efectos. 3. Ofrecer consejo para reducir los riesgos actuales y futuros relacionados con el consumo de alcohol. 4. Incrementar la motivación del estudiante para cambiar sus conductas de riesgo actuales, y solución de problemas sobre las barreras potenciales que pudieran obstaculizar el inicio o mantenimiento del cambio.

Como se mencionó anteriormente, en la segunda sesión se reunió a los cuatro participantes para recibir la retroalimentación personalizada, esta información se describirá a continuación.

4.3.3 DESARROLLO DE LA SESIÓN: RETROALIMENTACIÓN Y CONSEJO

Esta segunda sesión se inició dándoles la bienvenida a los participantes y reestableciendo el rapport con cada uno de ellos, esto se llevó a cabo preguntándoles cómo se sentían o si tuvieron alguna dificultad en llegar, de manera general los estudiantes respondieron que se encontraban bien y que no habían tenido ninguna complicación para asistir.

Se les mencionó que durante esta sesión se les retroalimentaría sobre su patrón de consumo, las consecuencias y riesgos asociados a su consumo y se discutirían estrategias para que en caso de continuar bebiendo alcohol experimentarían los menores riesgos posibles.

Antes de comenzar la sesión se establecieron reglas con el grupo, como levantar la mano para participar, hablar con respeto, tener tolerancia hacia las opiniones de los demás y no divulgar la información personal de los otros; todos acordaron respetar estos acuerdos.

Así también, se hizo énfasis en que podían preguntar sobre dudas, conceptos o los mitos que tuvieran respecto al consumo de alcohol, también se les aclaró que si no deseaban compartir alguna experiencia o duda delante de sus compañeros podrían acercarse para hablar a solas una vez que la sesión se hubiera terminado.

Se les pidió que se sentaran en un círculo y se les señaló que durante la sesión se les entregaría un material gráfico en donde se encontraría resumida la información obtenida en la sesión anterior, además, se les preguntó si deseaban que se incorporara algún tema adicional, los estudiantes respondieron que por el momento no se les ocurría, se les hizo hincapié en que podían compartir todas las dudas o comentarios que tuvieran. Los estudiantes mencionaron que hasta el momento la información había sido clara, por lo que se continuó con la revisión de la tarjeta de monitoreo, que se les pidió registrar en los últimos quince días.

REVISIÓN DE LA TARJETA DE MONITOREO

En primer lugar, se les reconoció el esfuerzo y compromiso que tuvieron los estudiantes por haber registrado su consumo; se les comentó que en ese momento sólo se abordarían los datos registrados en sus tarjetas y posteriormente se les hablaría sobre la información obtenida en la sesión de evaluación tanto sobre el patrón de consumo como los riesgos asociados.

En seguida, se les preguntó si habían encontrado algún obstáculo al realizar el registro de consumo en las tarjetas de automonitoreo y si fue así como lo resolvieron.

Paula mencionó que durante las cenas no tuvo problema en llenar las tarjetas puesto que le era fácil contar y recordar cuantas copas había consumido, sin embargo, en la fiesta a la que acudió, tuvo problemas al llenarlas, ya que se estaba divirtiendo, por lo que señaló que al final hizo un estimado. Berenice respondió que no tuvo ningún problema, les comentó a sus amigos sobre el registro y ellos ayudaron a que contabilizará las copas, señaló que fue como un “juego” en el que llevaban la cuenta de cuanto bebía. Karla comentó que se le hizo fácil llenarlo, debido a que solamente bebió cerveza y registró su consumo de acuerdo a las equivalencias señaladas en la sesión anterior. Diego señaló que le fue sencillo realizar el registro en su celular, ya que sus amigos no se daban cuenta de ello.

Posteriormente, se les pidió que se tomarán un momento para revisar lo que habían registrado en sus tarjetas ya que se analizaría esta información.

En las siguientes tablas se muestran los datos obtenidos en las tarjetas de auto-monitoreo.

TARJETA DE AUTOMONITOREO DE PAULA						
	Cantidad	Tiempo	Bebida	Con quién	Lugar	Estado de ánimo.
Viernes 1ª Semana	8	4 hrs	Vodka, tequila y cerveza	Amigos ambos sexos	Casa otros	Deseosa de festejar
Domingo 1ª Semana	5	2 hr	Vino	Parientes (padres)	Casa propia	Aburrida
Domingo 2ª Semana	4	2 hr	Vino	Parientes (padres)	Casa propia	Relajada

Tabla 22. Datos de la tarjeta de monitoreo de Paula.

TARJETA AUTOMONITOREO BERENICE						
	Cantidad	Tiempo	Bebida	Con quién	Lugar	Estado de ánimo.
Sábado 1ª Semana	6	3 hrs	Vodka, tequila y cerveza	Amigos ambos sexos, novio	Casa propia	Feliz, romántica/ sexy, relajada

Tabla 23. Datos de la tarjeta de monitoreo de Berenice.

TARJETA AUTOMONITOREO KARLA						
	Cantidad	Tiempo	Bebida	Con quién	Lugar	Estado de ánimo.
VIERNES 1ª semana	5	2 hrs	Cerveza	Amigos ambos sexos, novio	Billar	Feliz, romántica/ sexy, relajada
VIERNES 2ª semana	4	2 hrs	Cerveza	Amigos ambos sexos, novio	Billar	Feliz, romántica/ sexy, relajada

Tabla 24. Datos de la tarjeta de monitoreo de Karla.

TARJETA AUTOMONITOREO DIEGO						
DIEGO	Cantidad	Tiempo	Bebida	Con quién	Lugar	Estado de ánimo.
Viernes 1ª Semana	6	3 hrs	Vodka preparado	Amigos ambos sexos, novia	Escuela (camellón)	Feliz, relajado, romántico
Viernes 2ª Semana	12	5 hrs	Cerveza	Amigos ambos sexos, novia	Casa (otros)	Feliz, relajado, romántico

Tabla 25. Datos de la tarjeta de monitoreo de Diego.

Una vez que terminaron de revisar las tarjetas, se les pidió que mencionaran cuantos días consumieron alcohol y la cantidad promedio que bebieron, además, se les pidió que mencionaran que observaron a partir de sus registros; los estudiantes respondieron lo siguiente:

Paula señaló que había consumido alcohol en tres ocasiones, dos veces en cenas con sus padres y una vez en una fiesta, con sus padres bebió 5 copas de vino en 2 horas y con sus amigos bebió 8 copas en 4 horas, la reflexión que obtuvo Paula fue que bebió una mayor cantidad de alcohol en la fiesta porque deseaba festejar el cumpleaños de uno de sus amigos, además, señaló que es difícil llevar la cuenta de las copas que ha tomado cuando se está divirtiendo.

Seguidamente, Berenice mencionó haber consumido en una reunión con sus amigos 6 copas de alcohol en 3 horas, señaló que se sintió feliz, tranquila, desinhibida y sexy, concluyó que cuando bebe se relaja olvidando sus preocupaciones momentáneamente.

A continuación Karla indicó haber tenido dos episodios de consumo en compañía de sus amigos y su novio, ingirió 5 y 4 copas estándar en dos horas, los efectos registrados fueron sentirse alegre y relajada, además percibió que cuando consume alcohol, ella y su novio se sienten desinhibidos sexualmente.

Por último, Diego señaló haber bebido alcohol en dos ocasiones, consumiendo 6 copas estándar de alcohol en 3 horas y 12 copas en 5 horas, la primera ocasión fue en el camellón fuera de la escuela y la segunda ocasión en una fiesta; identifico que en comparación a cuando bebe afuera de la escuela en la fiesta bebió una mayor cantidad de alcohol, en ambas ocasiones se sintió feliz, relajado y romántico con su novia, refiere que se sorprendió cuando realizo la suma de las copas que había bebido en la fiesta.

Se les retroalimentó mencionándoles que su consumo más elevado ocurre en el fin de semana, cuando están experimentando estados de ánimo placenteros con amigos, deseando divertirse, esperando sentirse relajados y desinhibirse social y sexualmente; se les señaló que en estas ocasiones presentan un consumo excesivo, lo cual incrementa la probabilidad de que

presenten conductas de riesgo como relaciones sexuales sin protección, peleas, altercados físicos, accidentes e intoxicación severa.

Se les preguntó si les preocupaba involucrarse en este tipo de conductas de riesgo al consumir alcohol de forma excesiva, Berenice indicó que se sentía muy preocupada ya que ha tenido algunas conductas de riesgo que le han causado problemas con su novio, Paula y Karla señalaron que de igual forma se sentían preocupadas pues han tenido peleas con su familia y Diego refirió que también le preocupa tener problemas con su novia, ya que cuando bebe alcohol se pelean en mayor medida.

Después de revisar las tarjetas de auto-monitoreo, se les muestra a los estudiantes sus hojas de retroalimentación gráfica personalizada que resumen los datos que se obtuvieron en la sesión de evaluación.

PROPORCIONAR RETROALIMENTACIÓN AL ESTUDIANTE SOBRE SU PATRÓN Y NORMAS DE CONSUMO

PATRÓN DE CONSUMO

El objetivo de esta sección fue proporcionar retroalimentación sobre los patrones de consumo e incrementar la conciencia sobre qué tanto y qué tan frecuentemente consumen alcohol los estudiantes, además, de comparar los efectos del Nivel de alcohol en la Sangre (NAS) que experimenta una persona con tolerancia mínima con respecto a los reportados por los estudiantes.

En primer lugar, se les explico a los estudiantes que el NAS es el nivel de alcohol en la sangre y se determina al calcular los miligramos de alcohol por mililitros de sangre, se incluyen variables como el peso, género, la cantidad de alcohol y el tiempo. Se les mencionó que con esta información se pueden predecir los efectos en el organismo a partir de la cantidad de alcohol consumida, se señaló que uno de los objetivos de este apartado es comparar los efectos que experimenta una persona con tolerancia mínima con respecto al que experimento cada uno de ellos.

Posteriormente, se les entregó a los estudiantes las hojas graficas de retroalimentación personalizada y una tabla personalizada con el NAS, se les hizo un resumen a cada uno sobre la información que se encontró y se prosiguió a enseñarles como estimar el NAS para su consumo frecuente y episódico.

Se le comentó a Paula que su patrón de consumo típico es de una vez a la semana, bebiendo 4 copas en 2 horas; se señaló que mantuvo este patrón de consumo cuatro veces en el último mes, el NAS correspondiente fue 0.10, se le menciono que los efectos esperados para una persona sin tolerancia serían: deterioro de las funciones cognitivas, del juicio y de la coordinación del equilibrio; así también, se eligió el consumo más alto en los últimos 90

días para identificar el patrón de consumo episódico, este fue de doce copas, en cuatro horas, con un NAS correspondiente a 0.34, los efectos esperados para una persona sin tolerancia serían que hubiera llegado a la inconsciencia. Paula se mostró sorprendida pues mencionó que se sentía un poco mareada pero no llegó a la inconsciencia.

De igual manera se le comentó a Berenice que su consumo típico de alcohol es de 5 copas en 4 horas, aproximadamente cada quince días, es decir, en los últimos treinta días experimento este patrón de consumo 2 veces, el NAS correspondiente es de 0.14, los efectos esperados para una persona sin tolerancia serían: deterioro de las funciones cognitivas, del juicio y de la coordinación del equilibrio así mismo, el consumo más alto que tuvo en 90 días fue de 12 copas en 6 horas, el NAS alcanzado fue de 0.32, los efectos esperados para una persona sin tolerancia serían que hubiera llegado a la inconsciencia. Berenice también se mostró sorprendida pues no experimento estos efectos.

A Karla se le informó que su consumo típico de alcohol es de 4 copas en aproximadamente tres horas, una vez por semana, por lo que tuvo este patrón de consumo cuatro veces en el último mes, el NAS alcanzado fue de 0.08, los efectos esperados para una persona sin tolerancia serían de deterioro leve de las funciones cognitivas, del rendimiento psicomotor, dificultad para hablar y problemas de visión; respecto el consumo más alto en los últimos 90 días, fue de 11 copas en 6 horas, el NAS alcanzado fue de 0.25, los efectos esperados para una persona sin tolerancia serían intoxicación severa y control consciente mínimo. Karla se mostró muy preocupada ante esta situación, pues menciono que se sintió mareada y tenía mucho sueño, pero no perdió la consciencia.

A Diego, se le refirió que su consumo típico fue de 5 copas en aproximadamente 3 horas, una vez a la semana, por lo que mantuvo este patrón de consumo 4 veces en el último mes, el NAS alcanzado fue de 0.05, los efectos esperados para una persona sin tolerancia serían sensación de relajación, afectación leve del rendimiento psicomotor y alteración de los reflejos; el consumo más alto en los últimos 90 días fue de 13 copas aproximadamente en 4 horas, el NAS alcanzado fue 0.19, los efectos esperados para una persona sin tolerancia serían deterioro grave del rendimiento psicomotor y de las funciones cognitivas. Diego señaló sentirse satisfecho de no presentar tales síntomas pues no deseaba experimentar los efectos desagradables.

Se retroalimentó a los estudiantes explicándoles que no experimentar los efectos descritos anteriormente se debe a la tolerancia, esto quiere decir que el cuerpo se adapta al consumo de alcohol y puede afectar su salud pues empiezan a carecer de las señales naturales de peligro que normalmente les informarían de disminuir su ritmo de consumo, o de detener la ingesta de alcohol. Por el NAS que se identificó, se les informó que estuvieron cerca de tener una intoxicación severa (depresión del Sistema Nervioso Central y deterioro del estado de conciencia), por lo que es importante tomar en cuenta que están tomando alcohol más rápido de lo que pueden eliminarlo, se señaló en que se requiere en promedio una hora para

metabolizar una copa estándar de alcohol: por esta razón se deben espaciar las copas y establecer un límite de consumo para disminuir los riesgos a la salud.

En este punto, se les pregunto ¿qué sería lo peor que podría ocurrir si mantuvieran el mismo patrón de consumo de alcohol?

Los estudiantes se mostraron pensativos ante esta pregunta, mencionaron que tendrían tolerancia y podrían afectar su salud gravemente, todos señalaron que lo peor sería tener una intoxicación severa, Paula, Berenice y Karla mencionaron que sus padres se preocuparían mucho por su salud, Diego mencionó que al reflexionar sobre esta información se sintió preocupado de que su cuerpo no emitiera estas señales de alerta.

Además, se les mencionó que en todos los casos su consumo era más alto que el descrito para la moderación, lo cual es 4 copas para los hombres y 3 para la mujer, una copa por hora, en cada ocasión de consumo. Además, se les señaló que el mantener un consumo frecuente incrementa la tolerancia.

Se les pregunto si pensaban que tener un consumo alto sería un problema; todos los estudiantes respondieron que sí, Karla señaló que pensaba que su consumo era moderado, no obstante, ahora considera que es excesivo, Paula y Berenice comentaron que sería un problema por los daños que se ocasionaría, por su parte Diego señaló que con esta información ha podido identificar que consume más de lo que pensaba, refirió que antes creía que este consumo era inofensivo, sin embargo comentó que ahora veía los riesgos y daños asociados al consumo excesivo con mayor claridad.

FACTORES SITUACIONALES

Seguidamente, se abordaron los factores situacionales, con el objetivo de determinar los contextos en los que ocurre el consumo excesivo, se señala a manera de resumen los contextos identificados en la entrevista para cada uno de los estudiantes.

Paula consume en un contexto familiar, en cenas o reuniones principalmente con sus padres; en algunas de estas situaciones señaló aburrimiento debido a que convive con personas adultas. También, bebe alcohol con su primo en donde incrementa su consumo ya que se siente protegida por él.

De igual forma Berenice consume en un contexto familiar, en fiestas que ofrecen sus padres, en donde le es sencillo intoxicarse sin que sus papás lo noten. Además, bebe en reuniones con sus amigos y su novio, en donde señala experimentar emociones agradables.

En el caso de Karla consume alcohol en reuniones con amigos y con su novio en fiestas y frecuentemente en un billar, en estas situaciones manifiesta experimentar emociones agradables.

Por último, Diego bebe alcohol con amigos y su novia en fiestas y en el camellón que se ubica afuera de la escuela, en estas ocasiones indica que experimenta emociones agradables.

Se retroalimentó a los estudiantes señalándoles que los contextos en donde consumen son en fiestas y reuniones, en donde experimentan diversión, desinhibición y relajamiento; se les señaló que al estar en estos ambientes pueden no prestarle la atención adecuada a la cantidad de copas que consumen, por lo que es importante que puedan tener una mayor precaución al consumir en estas circunstancias, pero sobre todo observando su conducta de consumo, contando las copas que ingieren, recordando beber una copa por hora y espaciando las bebidas que consumen; de igual manera, se retomó la importancia de establecer un límite de consumo, planeando cuantas copas desean tomar por ocasión.

Se le hizo una mención especial a Diego señalándole que el camellón en el que acostumbra beber con sus amigos, es un entorno que conlleva riesgos legales, ya que puede ser consignado por las autoridades, en su integridad física pues al estar en un lugar público alguien podría hacerle daño y escolares ya que puede ocasionarle ser expulsado de su escuela.

Seguidamente, se les preguntó a los estudiantes lo que pensaban sobre los factores situacionales.

Los estudiantes estuvieron de acuerdo en que en estos contextos esperan obtener diversión y desinhibición; además, refirieron que les cuesta trabajo no dejarse llevar por sus amistades o por el momento. Todos los estudiantes estuvieron de acuerdo en que contar la cantidad de copas que consumen los puede ayudar a estar atentos a su conducta de consumo. Por último, Diego mencionó que no desea tener problemas en la escuela, ni legales ya que esto le traería consecuencias adversas con su familia.

RANGO PERCENTIL Y NORMAS DE CONSUMO

En seguida, se les indicó a los estudiantes que se abordaría el rango percentil en el que se encontraban, comparando los datos que proporcionaron en la entrevista con las cifras nacionales de la ENA (2011) para el consumo alto en hombres de 12 a 17 años, que hace referencia a un consumo de 5 copas o más en una sola ocasión en los últimos 12 meses y en mujeres de 12 a 17 años, que hace referencia a un consumo de 4 copas o más en una sola ocasión, en el mismo periodo de tiempo.

A Paula, Berenice y Karla se les señaló que pertenecían al 11.7% de la población de mujeres entre 12 y 17 años que presentan un consumo alto y al 11.6% de mujeres en el mismo rango de edad que consumieron alcohol en el último mes. Por lo que se remarcó que el 88% de la población nacional de mujeres en ese rango de edad consume una menor cantidad de alcohol y presentan una menor frecuencia de consumo que ellas. Así mismo, a Diego se le mencionó que pertenecía al 17.4% de la población de hombres de 12 a 17 años que tenía un

consumo alto y al 17.3% de hombres en el mismo rango de edad que consumieron alcohol en el último mes. De tal manera se le señaló que el 83% de la población nacional de hombres en ese rango de edad consume una menor cantidad de alcohol y presentan una menor frecuencia de consumo que él.

En primera instancia los participantes se mostraron escépticos ante la información proporcionada, argumentando que la mayoría de personas que conocen consumen de forma igual o en mayor cantidad que ellos.

Se les señaló a los estudiantes, que al pertenecer a cierto grupo de personas se normaliza las conductas que realiza dicho grupo; por lo tanto si su grupo de amigos consume una cantidad elevada de alcohol de manera frecuente ellos percibirán esta conducta como algo normal; para profundizar en este tema se les preguntó si dentro de la escuela conocen a personas que consumen de una manera diferente a la de ellos. Ante esta pregunta todos los participantes respondieron que conocían a alguien que consumía menos o no bebía alcohol y que acudía a fiestas o reuniones de manera menos frecuente. Se reflejó que esta encuesta es una muestra de la conducta de consumo de los adolescentes de 12 a 17 años a nivel nacional, por lo que brinda una mejor idea de lo que ocurre realmente.

Los estudiantes se mostraron pensativos y finalmente señalaron que aceptaban que no todos los estudiantes consumen de la misma manera que ellos.

Consecutivamente, se les mostró a los participantes lo que pensaban sobre las normas de consumo de los estudiantes de secundaria, en cuanto a la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol y se comparó con datos de la Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México (2009).

Paula piensa que los estudiantes de secundaria beben 3 a 4 veces a la semana 5 o 6 copas de alcohol; Berenice señaló que los estudiantes de secundaria beben 1 o 2 veces a la semana 5 o 6 copas de alcohol; asimismo, Karla comentó que beben 2 o 3 veces al mes 7 u 8 copas de alcohol y finalmente Diego refirió que los estudiantes de secundaria beben 1 o 2 veces a la semana 5 o 6 copas de alcohol.

Se les comentó a los participantes, que según la Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México del 2009 el 23.3% de los estudiantes (Secundaria y Bachillerato) consumen 5 copas o más por ocasión al menos una vez al mes, por lo que la percepción que tienen sobre el consumo de alcohol a nivel de secundaria y bachillerato es de una cantidad y frecuencia más alta en comparación con lo que la encuesta señala.

Los estudiantes aceptaron esta información, se mostraron de acuerdo con los datos señalados; Berenice mencionó que al conocer los datos de la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol en los estudiantes se ha dado cuenta de que su consumo es peligroso y ha cambiado su percepción sobre la forma de consumo de sus pares, los demás participantes se mostraron pensativos ante esta idea y la aceptaron.

Posteriormente se inició con la segunda hoja de retroalimentación personalizada.

PROPORCIONAR RETROALIMENTACIÓN ACERCA DE LOS RIESGOS Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

A continuación, se revisó la segunda parte de las hojas de retroalimentación, este apartado aborda las consecuencias negativas del consumo de alcohol, la vulnerabilidad a desarrollar problemas con el alcohol por su historia familiar, la dependencia y tolerancia al alcohol, las expectativas positivas que tienen los participantes sobre el alcohol y la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol.

Se inició revisando los problemas que los estudiantes han experimentado cuando consumen alcohol.

CONSECUENCIAS NEGATIVAS RELACIONADAS AL ALCOHOL

El objetivo de este apartado es ayudarle al estudiante a que vincule las conductas y experiencias problemáticas, vergonzosas o indeseables que sucedieron durante o después del consumo excesivo de alcohol.

En primer lugar se abordó la relación entre consecuencias negativas y el consumo excesivo. Para tal fin se les informó a los estudiantes cómo les ha afectado el alcohol en términos de malestares, problemas o experiencias desagradables como; peleas, discusiones o malestares físicos y que tan intoxicados estaban cuando experimentaron estos efectos.

Se le comentó a Paula que cuando ha consumido alcohol se ha visto involucrada en peleas, un ejemplo de esto es cuando uno de sus amigos empezó a acosarla y su primo se peleó con esa persona. A Berenice se le informó que ha tenido problemas con su novio y en ocasiones ha tomado decisiones que la ponen en riesgo como tener relaciones sexuales sin protección. A Karla se le señaló que tuvo discusiones con sus padres y su novio, en ocasiones estos conflictos fueron tan fuertes que le han restringido salir a fiestas, reuniones o frecuentar a las mismas personas con quienes salía anteriormente. A Diego se le mencionó que ha tenido discusiones frecuentes con su novia y amigos, en algunas de estas situaciones se enfrentó a golpes con conocidos suyos. Además, a todos se les señaló que tuvieron malestares físicos, después de un consumo de más de ocho copas estándar.

Posteriormente, se les resumió las consecuencias negativas que han tenido con el alcohol. De acuerdo a los ítems que calificaron con mayor frecuencia y que estaban relacionados con la dependencia al alcohol.

En el caso de Paula descuido sus responsabilidades, trato de controlar o disminuir su consumo, su familia se ha preocupado o quejado por el consumo de alcohol, hirió a alguien o fue lastimada cuando estaba intoxicada, hizo cosas impulsivas, corrió riesgos y se sintió mal físicamente después de consumir alcohol.

Respecto a Berenice dañó sus relaciones familiares, amorosas y con amistades, descuido sus responsabilidades, hizo cosas impulsivas, realizó cosas vergonzosas después de consumir alcohol, se sintió mal después de consumir alcohol (consigo mismo y físicamente) y tuvo conductas sexuales de riesgo.

En cuanto a Karla, el consumo de alcohol ha herido a su familia, se ha sentido mal después de beber (consigo mismo y físicamente), ha faltado a la escuela debido al consumo de alcohol, ha fracasado en hacer lo que se esperaba de ella debido al consumo de alcohol, tuvo conductas sexuales de riesgo y le aconsejaron que dejara de consumir.

Finalmente, Diego dañó su relación amorosa y con amistades, dijo cosas crueles, ha hecho cosas impulsivas, descuido sus responsabilidades, se metió en problemas, se sintió culpable o avergonzado, se sintió mal después de consumir alcohol (consigo mismo y físicamente).

Se les informó a los estudiantes que de manera general las consecuencias más frecuentes que reportaron fueron las referentes a las conductas impulsivas, como: dañar sus relaciones familiares, amorosas y con amistades, descuidar sus responsabilidades (tareas, clases) y sentirse mal después de consumir alcohol tanto emocionalmente como físicamente, ante esta información se hace una pausa para preguntarles hasta qué punto les han afectado estas consecuencias negativas en su vida.

Los estudiantes señalaron que esto les ha afectado en gran medida en el área personal, Karla mencionó que le ha sido difícil recuperar la confianza de sus padres, Paula mencionó que la relación con sus padres es tensa, Berenice señaló que la relación con su novio se ha complicado y Diego comentó que se ha distanciado de algunos amigos y ha generado enemistades por estas problemáticas.

Ante esta información, se les pide que imaginen como cambiaría esta área personal, si realizaran cambios en su forma de consumo. Todos refirieron que tendrían menos problemas, Paula refirió que no pelearía con sus padres, Berenice y Diego mencionaron que no habría tantos problemas con sus parejas y Karla señaló que sus padres estarían más tranquilos y no la hostigarían tanto. Después, se les preguntó si desearían volver a experimentar estas consecuencias y que harían para no repetirlo. Los estudiantes se mostraron pensativos, todos señalaron que no deseaban tener estas consecuencias negativas y que deseaban controlar su consumo para beber sin problemas.

Posteriormente, se hizo una reflexión sobre las diferencias que hay en el tipo de experiencias cuando están ligeramente intoxicados en comparación a cuando estaban gravemente intoxicados. Se les pidió que retomaran la información de sus tarjetas de monitoreo y su patrón típico y episódico.

Los estudiantes coincidieron, en que cuando bebieron una o dos copas no experimentaron consecuencias negativas, sin embargo, no se divierten de la misma forma o

con tanta intensidad que cuando beben una cantidad elevada de alcohol, pues señalaron que no se sienten dispuestos a actuar de forma espontánea o impulsiva.

Ante tal información se les explicó a los estudiantes que es habitual tener la creencia de que entre más alcohol se consume hay un mayor efecto placentero, sin embargo, se hizo el señalamiento de que “mas no es necesariamente mejor”. Se les comentó que por las propiedades del alcohol en un principio se podrían sentir energizados, no obstante, al continuar consumiendo sentirán los efectos depresores del alcohol, en donde se deteriora la coordinación motora y sus capacidades cognitivas; por lo que de esta manera no podrían disfrutar de sus amigos o de las reuniones.

Se les preguntó a los estudiantes que pensaban acerca de esta información, Paula comentó que a ella le ha sucedido que al principio se siente muy animada, pero cuando ha consumido una gran cantidad de alcohol se ha quedado dormida, se ha caído porque se siente muy mareada y se ha sentido confundida. Los otros participantes señalaron que ellos también habían experimentado situaciones como esa y mencionaron que no sabían que el alcohol causaba este efecto.

Ante esto, se les pregunto ¿Cuáles serían las ventajas de tener un consumo moderado? Berenice y Paula mencionaron que disfrutaría más de las reuniones, Karla señalo que una ventaja es que no se intoxicaría, entonces llegaría a su casa y no tendría problemas, Diego comento que se divertiría más y no pelearía con sus amigos o su novia. Por lo que se les pregunto si ¿intentarían tener un consumo moderado? Todos respondieron que sí, ya que esto les traería menos problemas.

Asimismo, se aprovechó para informarle a los estudiantes sobre las diferencias entre sexos en el consumo de alcohol, se les señaló que las mujeres se intoxican más rápido que los hombres al consumir alcohol; esto se debe a que esta sustancia es metabolizada de manera diferente entre sexos, por tres elementos: la cantidad de agua en el cuerpo (es menor en las mujeres en comparación con hombres del mismo peso), la distribución de grasas y sobre todo, la presencia de una enzima específica en el estómago de los hombres, que está presente en menor cantidad en el de las mujeres, la alcohol deshidrogenasa. Estos tres factores hacen que se incrementen los riesgos en el sexo femenino.

Al hablar sobre esta información, las mujeres se mostraron muy preocupadas, pues no sabían que tenían un mayor riesgo al consumir alcohol, señalaron que no sabían que los hombres y mujeres metabolizan el alcohol de manera diferente; al verlas pensativas, se les pregunto a qué riesgos se han expuesto, Berenice y Karla señalaron que ha habido ocasiones en que sus novios les insisten en tener relaciones sexuales, Paula comento que le ha sucedido que intentan acercarse para besarla. Se les hizo hincapié en que deben tener precauciones al beber alcohol, pues consumir en exceso puede ponerlas en peligro de un ataque sexual, relaciones sexuales sin protección, conductas impulsivas y delictivas y se reiteró que cambiar

su consumo puede protegerlas de exponerse a estas situaciones. Las estudiantes se mostraron de acuerdo ante esta información.

Además, se retroalimentó a los estudiantes sobre que también estaban atribuyendo expectativas positivas hacia el consumo elevado de alcohol, lo cual podría ponerlos en mayor riesgo de presentar conductas problemáticas y potencialmente peligrosas.

De esta manera, se introdujo el tema de las expectativas positivas hacia el alcohol, el cual se revisó en el siguiente apartado.

EXPECTATIVAS POSITIVAS ACERCA DEL ALCOHOL

El propósito de proporcionar retroalimentación sobre las expectativas positivas hacia el alcohol, es que los estudiantes sepan cómo sus creencias positivas pueden contribuir al consumo riesgoso; además, se busca desafiar el mito de que los efectos del alcohol son causados únicamente por las propiedades fisiológicas de la sustancia y motivar al estudiante a que experimente con los factores psicológicos cuando consuma alcohol, para que puedan obtener los efectos deseados con una menor cantidad de alcohol.

Se les devolvió la información encontrada en el Cuestionario de Efectos Comprensivos del Alcohol (CEA), se les mencionó los reactivos que calificaron con alta probabilidad de ocurrencia y que fueron percibidos como deseables, estos fueron.

Paula: que estaría divertida, relajada, se comportaría socialmente, sería amistosa, sería extrovertida y se le facilitaría la expresión de sus sentimientos. Berenice: que disfrutaría más el sexo, estaría divertida, se comportaría socialmente, se sentiría sexy, se facilitaría la expresión de sus sentimientos y sería extrovertida. Karla: que disfrutaría más el sexo, estaría divertida, se comportaría socialmente, se facilitaría vivir sus fantasías, sería una mejor amante y se facilitaría la expresión de sus sentimientos. Por último, Diego: que estaría divertido, relajado, se comportaría socialmente, se sentiría calmado, se facilitaría la expresión de sus sentimientos y se le facilitaría comunicarse.

De manera general, los estudiantes señalaron expectativas positivas de carácter social, que facilitarían la expresión de sus sentimientos y se divertirían más.

Consecutivamente, se les preguntó si creían que estos efectos son el resultado de las propiedades químicas del alcohol o si piensan que pudiera existir alguna otra razón.

Todos los estudiantes coincidieron en que los efectos que experimentan se deben a las propiedades químicas del alcohol. Berenice agregó que estas conductas no podrían generarse de otra forma ya que ella no se comporta de manera tan desinhibida con su novio y amigos cuando está sobria.

Seguidamente, se les explicó que los factores psicológicos son tan importantes como los factores farmacológicos en los efectos de desinhibición social y sexual que experimentan con el alcohol. Se les habló sobre los experimentos realizados con personas a quienes se les hacía creer que estaban consumiendo bebidas alcohólicas, cuando en realidad estaban bebiendo agua tónica; para que la información fuera más clara se les mostró un video en donde se examinó este fenómeno conocido como efecto placebo, en este video los participantes señalaron haber experimentado desinhibición a partir de la creencia de que habían consumido alcohol.

Los estudiantes se mostraron sorprendidos al ver como las personas del experimento presentaban efectos relacionados al consumo de alcohol sin haber ingerido esta droga. Se les preguntó a los estudiantes si han tenido alguna experiencia similar, ellos refirieron que nunca han tenido una experiencia como esta, no obstante, se aprovechó para hacer hincapié en como los efectos esperados al consumir alcohol influyen en lo que sienten y contribuyen a aumentar los momentos placenteros. Se les mencionó que ellos pueden hacer uso de esta disposición mental para divertirse o desinhibirse sin necesidad de tener un consumo elevado. De esta manera se les pidió que recordarán alguna situación en la que pudieran haber tenido disposición mental a ser extrovertidos o desinhibidos sin haber consumido.

Paula comentó que en una ocasión salió con sus amigos al cine, refirió haberse divertido mucho, sentirse alegre y desinhibida sin consumir alcohol. Berenice mencionó que cuando acude a eventos de cosplay en donde se disfraza de sus personajes favoritos de anime japoneses, se siente confiada, desinhibida y extrovertida. Karla indicó que cuando acude a partidos con amigos para apoyar a su equipo favorito se ha sentido desinhibida y eufórica. Por último, Diego refirió que hace unos meses fue con sus amigos y su novia a un parque de diversiones, señaló que se divirtió mucho, se sintió eufórico y alegre.

Por último, se les pidió a los estudiantes que realizarán un experimento la próxima vez que consumieran, en donde tratarían de tener una disposición mental a ser extrovertidos, desinhibidos o confiados, para que de esta manera pudieran maximizar los efectos psicológicos, sin que hubiera necesidad de consumo o ingiriendo alcohol en cantidades moderadas. Los estudiantes señalaron que estaban dispuestos a intentarlo.

HISTORIA FAMILIAR DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL

El propósito de proporcionar retroalimentación sobre la historia familiar es poner en alerta a los estudiantes de sus riesgos para desarrollar problemas de alcohol como función de su predisposición genética, con base en la existencia de un número de parientes consanguíneos con problemas de alcohol; para tal fin se les informó a los estudiantes si su riesgo es “negativo”, “positivo” o “muy positivo”.

Se comenzó mencionándoles a los participantes el objetivo de este apartado y señalando que tener una historia familiar positiva es un factor de riesgo adicional para desarrollar problemas con el consumo de alcohol, sin embargo, no debe ser interpretado como un pronóstico del futuro.

Posteriormente se le indico a cada uno el grado de riesgo para desarrollar problemas con el alcohol, de acuerdo a la información que proporcionaron durante la entrevista.

A Paula se le refirió que tiene una historia familiar “positiva” debido a que tiene un familiar consanguíneo con un consumo problemático. A Berenice se le informó que tiene una historia familiar “muy positiva” ya que tiene dos familiares consanguíneos con un consumo problemático. A Karla se le mencionó que tiene una historia familia “positiva” pues tiene un familiar consanguíneo con consumo excesivo y problemático. Por ultimo a Diego se le señaló que tiene una historia familiar “positiva” debido a que tiene un familiar consanguíneo con un consumo excesivo y problemático.

Los estudiantes se sorprendieron al conocer esta información, en primer lugar señalaron que no sabían que tener familiares con algún problema con el consumo de alcohol pudiera influir en la probabilidad de desarrollar problemas con el consumo de alcohol y en segundo lugar se mostraron preocupados al conocer que sus riesgos eran positivos.

Se les remarcó que no debían tomarlo como algo determinante, pero si tener una mayor precaución y establecer límites para controlar su consumo y evitar que este se vuelva problemático.

ÍNDICE DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

El objetivo de este apartado es que los estudiantes sepan el grado en el que manifiestan síntomas de dependencia al alcohol, además, puede ayudarles a que aprendan a reconocer signos de dependencia al alcohol en el futuro; para tal fin se le mencionó a cada uno de los participantes los reactivos con mayor puntuación y que están asociados con la dependencia al alcohol.

Se les comentó a los participantes que todos presentaban un nivel de dependencia leve, se hizo hincapié en que el propósito no es clasificarlos si no señalarles como el consumo excesivo de alcohol puede propiciar que la dependencia que presentan progrese hacia moderada o severa. Se les señaló que los síntomas que presentaron asociados a la dependencia fueron los siguientes: pérdida de control, que se refiere a beber más alcohol de lo que han planeado y tolerancia que hace referencia a necesitar beber más para sentirse bien en comparación a cuando bebieron por primera vez.

Dada esta información se verificó con los estudiantes la presencia de estos síntomas, ellos estuvieron de acuerdo con la información otorgada en sus hojas de retroalimentación,

señalaron que su consumo estaba destinado a divertirse y no para tener un problema mayor, por lo que se mostraron pensativos ante esta información.

En este punto se profundizó en el tema de la tolerancia, para tal fin se le preguntó a cada estudiante cuanto ha incrementado su consumo de alcohol en comparación a cuando empezaron a beber y por lo tanto que tan tolerantes creen que son al alcohol.

Los estudiantes respondieron que beben 4 o 5 veces más de lo que inicialmente bebían (2 copas aproximadamente), todos los estudiantes consideraron que su tolerancia al alcohol ha incrementado.

Posteriormente se realizó un ejercicio con ellos para que identifiquen a través de su NAS cuantas copas necesitarían para experimentar el efecto que desean. Los estudiantes señalaron que el efecto deseado es sentirse relajados y con elevación del estado de ánimo, se puntualizó que para alcanzar este efecto el NAS que se tendría que alcanzar sería de 0.04%. Se les pidió que identificaran en sus tablas las copas correspondientes a cada uno. Paula, Berenice, Karla y Diego tendrían que consumir dos copas en dos horas.

Se les preguntó cuántas copas necesitan actualmente para conseguir el mismo efecto, considerando que tienen tolerancia al alcohol; Paula y Karla necesitarían 4 copas para alcanzar ese efecto; Berenice y Diego mencionaron que necesitarían 5 copas o más.

Al realizar la comparación entre las copas que necesitarían si no tuvieran tolerancia y las que beben para alcanzar ese efecto, se hace una reflexión sobre el incremento en el gasto para su consumo, para esto se les preguntó cómo los ha afectado la tolerancia. Los estudiantes señalaron que cuando empezaron a consumir gastaban en promedio 25 pesos, refirieron que en algunos casos no gastaban porque les invitaban las copas sus compañeros, sin embargo, actualmente refieren que el gasto ha incrementado hasta 100 o 125 pesos. Para lo cuál en ocasiones ahorran el dinero que sus padres les proporcionan en la semana y se limitan de comprar alimentos o de realizar otras actividades de esparcimiento.

Se retroalimentó sobre que hay varias desventajas al tener tolerancia como el costo económico, pues este impacta en su economía ya que necesitan una mayor cantidad de dinero para que experimenten los efectos deseados al necesitar una mayor cantidad de alcohol; además, se les explico que la alta tolerancia se asocia con la dependencia, se retomó lo abordado, sobre que al presentar tolerancia se carece de las señales naturales de peligro que nos informan de disminuir el consumo.

Por último, se les preguntó a los estudiantes que pensaban acerca de esta información, de manera general se observó que se mostraron pensativos, Karla preguntó si tendría que dejar de consumir, ante lo cual se le refirió que uno de los propósitos del programa es la reducción del daño, se indicó que el menor daño se consigue a través de la abstinencia, sin embargo, la moderación también es una reducción del daño; se remarcó el hecho de que ellos pueden disminuir la tolerancia reduciendo el consumo o espaciando los episodios de

consumo; además, se hizo hincapié en que al concluir la retroalimentación de sus resultados se brindarían “tips” para un estilo de vida con menos riesgo de consumo de alcohol y se establecerían límites de consumo para reducir los riesgos de progresar hacia una mayor nivel de dependencia. Los estudiantes mostraron su disposición para conocer los “tips” y se mostraron más tranquilos al conocer este plan de acción

RIESGO PERCIBIDO PARA PRESENTAR PROBLEMAS DE ALCOHOL Y MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

En general, los estudiantes que consumen de forma excesiva perciben sus riesgos futuros de experimentar problemas relacionados al alcohol o consecuencias negativas de forma mínima. Asimismo, presentan una motivación baja para cambiar su consumo. El objetivo de esta retroalimentación es hacer consciente a los estudiantes de esta disparidad entre el riesgo percibido y el actual, además, de ayudarlos a cambiar del estadio de Precontemplación al de Contemplación o Acción.

Se comenzó, mencionándoles a los estudiantes que durante la Evaluación respondieron una serie de preguntas acerca de la probabilidad de experimentar consecuencias desagradables o resultados negativos derivados del consumir alcohol de manera negativa y sobre su motivación al cambio. Se le comentó a Paula y a Karla que de acuerdo a la información encontrada perciben los riesgos y consecuencias relacionadas con el alcohol como extremadamente improbables a ocurrir; en cuanto a Berenice y Diego se les comentó que perciben los riesgos y consecuencias relacionados con el alcohol como moderadamente improbables a ocurrir. También se les dijo que la motivación al cambio registrada para todos los participantes era de precontemplación, lo que significa que no perciben que pueda existir un problema con su consumo, después se les preguntó que pensaban al conocer esta información.

Los estudiantes se mostraron reflexivos, Berenice comentó que “antes pensaba que no había riesgos”, señaló que “no percibía que tenía tantas consecuencias que le afectaban en su vida”, sin embargo, señaló que había cambiado su forma de ver el consumo, Paula y Karla estuvieron de acuerdo con esta información y mencionaron que también su opinión había cambiado, Diego indicó que esta información le ha sido útil para conocerse mejor y ha derribado algunas ideas sobre que el consumo no es peligroso. Además, los estudiantes señalaron que “están interesados en intentar nuevas acciones para no ponerse en riesgo”. Se reflejó que este era un avance importante para tener un consumo sin riesgo y se les motivo a intentar realizar los tips que se abordaran a continuación.

PROPORCIONAR CONSEJO Y RECOMENDACIONES

Seguidamente, se utilizó la hoja de tips para un estilo de vida con menos riesgo de consumo de alcohol del DIBADEU para guiar a los estudiantes en el establecimiento de un plan de acción para un consumo sin riesgos. Se les señaló que algunos de estos tips se fueron comentando durante la revisión de los distintos apartados.

Se revisó el primer punto destinado a considerar que efectos están buscando, se retomó la información de que los efectos deseados como relajamiento y elevación del estado de ánimo se alcanzan con un NAS de 0.04%, se identificó que para que puedan experimentar estos efectos deben consumir una copa por hora, no más de tres copas para las mujeres y no más de cuatro copas para los hombres por ocasión de consumo, indicándoles que estos parámetros pertenecen a lo que la Organización Mundial de la Salud refiere como consumo moderado, asimismo, se revisó de nuevo la creencia de que entre más se beba alcohol es mejor, explicándoles que entre más rápido beban, menos experimentarán los efectos estimulantes leves y sentirán en mayor medida los efectos depresores, se recordó que las mujeres deben tomar en cuenta que metabolizan de forma distinta el alcohol, en comparación con los hombres, por lo que deben tenerlo en consideración al momento de ingerir bebidas alcohólicas, además se les recordó que la tolerancia puede afectar su salud, e incrementar los gastos económicos y aumentar las consecuencias sociales.

En el mismo punto, se persistió en que considerarán los efectos psicológicos cuando consumen alcohol, teniendo presente las creencias de que pueden divertirse, mostrarse confiados y seguros de sí mismos sin necesidad de consumir alcohol. Se les remarcó la importancia de estar conscientes sobre los riesgos a los que están expuestos al beber alcohol de manera explosiva y por último se explicaron como los siguientes tips pueden ayudarlos a reducir sus riesgos en el consumo de alcohol.

A continuación se enumeran los tips que se les enseñó.

TIPS ESPECIFICOS PARA REDUCIR LOS RIESGOS EN EL CONSUMO
Diviértete sin consumir alcohol
Si decides beber, hazlo lentamente
Vigila cuánto estás bebiendo.
Come antes de beber.
Espacia tus copas.
Alterna bebidas alcohólicas con bebidas no alcohólicas.
Bebe calidad más que cantidad.
Pon un límite no mayor de 0.05% del NAS.
Evita consumir por apuestas.
Prepárate para manejar situaciones, personas y lugares donde se consuma excesivamente.
Experimenta beber menos y rechaza bebidas.
Consumo bebidas de baja concentración de alcohol, como la cerveza, en lugar de licores.

Tabla 26. Tips proporcionados a los estudiantes para reducir su consumo

Posteriormente, se construyó junto con ellos, un plan de acción para los episodios de consumo, con el propósito de que los riesgos se disminuyeran; para tal fin, se acordó con ellos un límite de consumo, se facilitó la identificación de aspectos psicológicos que podían considerar y se mencionaron los tips que podrían tomar en cuenta para reducir los riesgos del consumo.

Se acordó con Paula que bebería una copa de alcohol por hora, su límite de consumo serían tres copas por ocasión; en cuanto a los tips que ella señaló que realizaría serían beber lentamente, espaciar sus copas, observar cuantas copas consume, alternar su consumo con agua y refresco y comer antes de ir a alguna fiesta. En cuanto a los factores psicológicos Paula mencionó que al acudir a una fiesta o estar con su familia pensará en que para divertirse sólo necesita estar con las personas que aprecia.

De la misma forma, se acordó con Berenice que bebería una copa de alcohol por hora, su límite de consumo serían tres copas por ocasión; respecto a los tips de moderación señaló que bebería lentamente, espaciaría sus copas, vigilaría cuando está bebiendo, comería antes de beber, alternaría bebidas alcohólicas con refresco, agua o jugo. En cuanto a los factores psicológicos refirió que pensará que se ha podido divertir y ser alegre sin necesitar del consumo de alcohol.

Asimismo con Karla se acordó que bebería una copa de alcohol por hora, su límite de consumo serían tres copas por ocasión; comentó que beberá lentamente, espaciará sus copas, comerá antes del episodio, alternará las bebidas alcohólicas con agua, rechazará bebidas si le ofrecen sus amigos o su novio y preferirá consumir cerveza en lugar de destilados. En cuanto a los factores psicológicos indicó que pensará en que ha podido divertirse y pasársela relajada con sus amigos sin necesidad del consumo.

Diego señaló que tratará de no beber en el camellón pues ha llegado a la conclusión de que puede ocasionarle problemas", su límite de consumo serán cuatro cervezas; sobre los tips que aplicará comentó que de igual forma beberá lentamente, espaciará sus copas, comerá antes del episodio, alternará las bebidas alcohólicas con agua, rechazará bebidas si le ofrecen sus amigos o su novia y preferirá consumir cerveza en lugar de destilados. Respecto a los factores psicológicos indicó que pensará en que se divierte con sus amigos y su novia sin necesidad de consumir alcohol. Adicionalmente, a Diego se le señaló que era importante que pudiera tomarse un tiempo fuera cuando se sintiera enojado ya que esto podría ayudarle a recuperar la calma y por lo tanto evitaría herir a sus allegados.

Como punto adicional, para todos los estudiantes se acordó que para tener una actividad sexual responsable era importante que hablaran con sus respectivas parejas sobre la importancia del uso del condón u otros métodos anticonceptivos y tomar medidas para procurar su salud reproductiva, como ir al ginecólogo o pedir apoyo a sus padres; se le mencionó que deben tomar en cuenta que el tener relaciones estando intoxicados afecta el

placer que pueden experimentar y además, dificulta que estén alerta ante comportamientos sexuales de riesgo.

Ante estos planes de acción, se les motivó a ponerlos en práctica; finalmente se acordó una cita con ellos en un mes para la post-evaluación, explicándoles que esta sesión serviría para revisar el patrón de consumo, conocer los tips que han aplicado y se aplicaría algunos instrumentos, posteriormente se obtuvo su compromiso de continuar monitoreando las situaciones de consumo, para tal fin se les proporcionó 20 tarjetas de auto-monitoreo; por último se les agradeció su participación y su interés en esta intervención.

4.4 RESULTADOS DE SEGUIMIENTO- MANTENIMIENTO

4.4.1 Seguimiento- Mantenimiento a 1 mes

Esta sesión se realizó con los estudiantes al mes de haber abordado la retroalimentación y consejo. Se contactó a los participantes una semana antes de la sesión para recordarles y confirmar su asistencia.

En primer lugar, se inició la sesión dándoles la bienvenida a los participantes y estableciendo el rapport, a continuación los participantes señalaron que estaban estresados y apresurados pues estaban en exámenes finales o entregando trabajos escolares, se les felicitó por haber asistido y se agradeció su participación. Ante esta situación, se les preguntó si habían tenido dificultades en aplicar el plan de acción acordado, los estudiantes respondieron que aunque se presentó esta situación no habían tenido problemas para acudir a situaciones de consumo en donde pudieron aplicar los tips para reducir su consumo de alcohol, además, lograron cumplir con los límites de consumo acordados.

Posteriormente, se les señaló que el objetivo de esta sesión, era hablar sobre su patrón de consumo en el último mes y la aplicación de un conjunto de cuestionarios para conocer si su percepción acerca del consumo cambió. En seguida, se revisó el patrón de consumo de los estudiantes, a través de las tarjetas de monitoreo, se precisaron los detalles sobre las situaciones en las que habían consumido, las estrategias ocupadas para moderar su consumo y sus opiniones respecto al consumo de alcohol.

Paula comentó al respecto de su consumo, mencionó que consumió en cenas familiares cumpliendo con la meta que había establecido, señaló que pudo beber despacio ya que degustó cada sorbo de vino como se lo ha recomendado su padre, siguiendo la recomendación de beber calidad más que cantidad. Paula refirió haberse sentido relajada y tranquila durante los episodios de consumo, además de que sus padres no le llamaron la atención en las cenas por la cantidad de copas consumidas. Se detalla la información en la siguiente tabla.

TARJETA DE AUTOMONITOREO DE PAULA						
	Cantidad	Tiempo	Bebida	Con quién	Lugar	Estado de ánimo
SABADO 3 ^a semana	1	2 hrs	Vino	Parientes (padres)	Casa propia	Relajada
SABADO 4 ^a semana	1	2 hrs	Vino	Parientes (padres)	Casa propia	Relajada

Tabla 27. Tarjeta de automonitoreo de Paula al mes de haber recibido su retroalimentación.

Berenice refirió que en este mes se han visto una vez y en este episodio consumió 3 copas estándar, señaló que las recomendaciones que siguió fueron beber lentamente, vigilar cuanto estaba bebiendo y espaciar sus copas; en cuanto a los efectos psicológicos, recordó que ha salido con sus amigos a otros eventos y no ha necesitado alcohol para divertirse, por lo que no pensó que el alcohol le facilitaría la diversión, sino su disposición para interactuar con los demás, la participante indicó que se sintió tranquila con la cantidad de copas que bebió. Se muestran los datos de consumo en la siguiente tabla.

TARJETA AUTOMONITOREO BERENICE							
	Cantidad	Tiempo	Bebida	Con quién	Lugar	Estado de ánimo.	de
SÁBADO 3 ^a semana	3	3 hrs	Vodka	Amigos ambos sexos, novio	Casa propia	Feliz y relajada	y

Tabla 28. Tarjeta de automonitoreo de Berenice al mes de haber recibido su retroalimentación.

Posteriormente, Karla mencionó que fue en una ocasión al billar con su novio y amigos, en este episodio bebió tres copas estándar en dos horas, siguió la recomendación de comprar una lata cada vez en lugar del litro de cerveza, refirió que se sintió feliz y relajada; asimismo, acudió a una fiesta con su novio en donde vigiló su consumo, bebió lentamente, espaciar sus copas y únicamente compro las bebidas que iba a consumir; como resultado consumió 3 copas estándar en tres horas, de igual manera señaló sentirse relajada, además, no tuvo problemas con su novio o con su familia porque no presento los efectos depresores del alcohol. En la siguiente tabla se aprecia la información de su consumo.

TARJETA AUTOMONITOREO KARLA						
	Cantidad	Tiempo	Bebida	Con quién	Lugar	Estado de ánimo.
VIERNES 1 ^a semana	3	2 hrs	Cerveza	Amigos ambos sexos, novio	Billar	Feliz, relajada
Viernes 4 ^a semana	3	3 hrs	Cerveza	Amigos ambos sexos, novio	Casa (otros)	Feliz, relajada

Tabla 29. Tarjeta de automonitoreo de Karla al mes de haber recibido su retroalimentación.

Finalmente, Diego señaló que su consumo de alcohol lo realizó con sus amigos, los viernes al terminar las clases, hizo un cambio respecto al lugar en donde consumían, pues estaba preocupado de que ese lugar les ocasionará problemas; su consumo fue de 3 copas estándar en ambas ocasiones, refiere que los tips que utilizó fueron: vigilar cuando estaba bebiendo, consumir sus copas lentamente, espaciar sus copas y consumir bebidas de menor concentración alcohólica, señaló que se sintió feliz y relajado, además, disfrutó la reunión con sus amigos y su novia ya que no hubo peleas ni discusiones. En la siguiente tabla se presenta la información de su consumo en el último mes.

TARJETA AUTOMONITOREO DIEGO						
	Cantidad	Tiempo	Bebida	Con quién	Lugar	Estado de ánimo.
VIERNES 1ª semana	3	3 hrs	Vodka preparado	Amigos ambos sexos, novia	Bar	Feliz, relajado
VIERNES 4ª semana	3	2 hrs	Cerveza	Amigos ambos sexos, novia	Bar	Feliz, relajado

Tabla 30. Tarjeta de automonitoreo de Diego al mes de haber recibido su retroalimentación.

Al conocer la información sobre el patrón de consumo, se felicitó a los estudiantes por el esfuerzo realizado y por haber cumplido las metas establecidas en el plan de acción, se les reconoció que todos hubieran aplicado tips para reducir los riesgos en el consumo de alcohol, además, se reflejó que al disminuir su consumo también disminuyeron las consecuencias que habían experimentado antes, se hizo hincapié en que pudieran seguir aplicando estos tips para mantener un consumo que no les genere mayores problemas.

Se les señaló a los estudiantes que dado sus esfuerzos y al conocer que han aplicado de forma adecuada los tips para reducir los riesgos en el consumo de alcohol y el plan de acción, se establecería el próximo seguimiento-mantenimiento dentro de seis meses, con el fin de volver a evaluar su patrón de consumo, las consecuencias, percepción de riesgo y expectativas relacionadas con el consumo de alcohol, por lo que su participación sería muy importante. Se motivó a los estudiantes a continuar siguiendo el plan de acción establecido y se remarcaron los resultados obtenidos al consumir con moderación. Los estudiantes se mostraron de acuerdo y satisfechos con lo logrado. Se acordó que todos registrarían en su celular el consumo realizado durante este periodo y se les comentó que podrían mantenerse en contacto para recibir apoyo en caso de ser necesario.

Consecutivamente, se les proporcionó a los estudiantes un conjunto de cuestionarios para evaluar las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol, las creencias acerca del alcohol y sus efectos y la percepción de riesgo al alcohol en el último mes.

CONSECUENCIAS RELACIONADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

A continuación, se muestran las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol que los estudiantes experimentaron en el último mes, según los cuestionarios de Índice de problemas de alcohol de Rutgers (IPAR) e Inventario de consecuencias del bebedor (DrInC).

CONSECUENCIAS RELACIONADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL	
Paula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trato de controlar o disminuir su consumo 2. He disfrutado el sabor de la cerveza, vino o licor
Berenice	<ol style="list-style-type: none"> 1. El alcohol me ha ayudado a relajarme 2. Trato de controlar o disminuir su consumo
Karla	<ol style="list-style-type: none"> 1. He disfrutado el sabor de la cerveza, vino o licor 2. Trato de disminuir o dejar de consumir alcohol
Diego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trato de disminuir o dejar de consumir alcohol

Tabla 31. Consecuencias relacionadas al consumo de alcohol al mes de seguimiento-mantenimiento.

En la tabla anterior se observa que las consecuencias que refieren los estudiantes son menores, Paula, Berenice y Karla refieren 2; Diego señala 1, en comparación con las registradas en la sesión de evaluación (Paula y Berenice 6 consecuencias; Karla y Diego 7 consecuencias); todos mencionaron que han tratado de controlar o disminuir su consumo. Paula y Karla indicaron que disfrutaban el sabor del alcohol y Berenice menciona que el alcohol le ha ayudado a relajarse.

CREENCIAS ACERCA DEL ALCOHOL Y SUS EFECTOS.

En seguida, se presentan los resultados sobre las expectativas positivas al beber alcohol en el último mes; se muestran los reactivos que los estudiantes marcaron como placenteros y más probables a ocurrir al consumir alcohol, según la Encuesta de los Efectos Comprensivos del Alcohol (CEA).

EXPECTATIVAS POSITIVAS SOBRE EL ALCOHOL			
PAULA	BERENICE	KARLA	DIEGO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estaría divertida 2. Estaría relajada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estaría divertida 2. Me sentiría con energía 3. Mi cuerpo estaría relajado 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estaría divertida 2. Mi cuerpo estaría relajado 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estaría divertido 2. Me sentiría con energía

Tabla 32. Creencias acerca del alcohol y sus efectos al mes de seguimiento-mantenimiento.

Se observa que Paula, Karla y Diego refirieron dos ítems como efectos positivos y deseables a ocurrir, mientras que Berenice registro tres ítems, no obstante, calificaron una menor cantidad de expectativas en comparación con la evaluación (6 consecuencias); Paula, Berenice y Karla registraron que su cuerpo estaría relajado, Berenice y Diego comentaron que se sentirían con energía y finalmente todos señalaron que se sentirían divertidos.

PERCEPCIÓN DE RIESGO AL ALCOHOL

Finalmente, se muestran los resultados sobre la percepción de riesgo para consumir alcohol; el objetivo de esta evaluación era preguntarles a los estudiantes cuál sería la probabilidad de que se involucrarán en diferentes actividades relacionadas con el consumo de alcohol si continuarán con el patrón de consumo registrado en la evaluación, los estudiantes podían responder en un continuo desde un improbable involucramiento hasta lo probable. Para ello les pidió responder el cuestionario de Evaluación de los Riesgos Percibidos para consumir Alcohol (APRA).

PERCEPCIÓN DE RIESGO AL CONSUMIR ALCOHOL	
PAULA	Probable riesgo a ocurrir (Moderado)
BERENICE	Probable riesgo a ocurrir (Moderado)
KARLA	Probable riesgo a ocurrir (Leve)
DIEGO	Probable riesgo a ocurrir (Leve)

Tabla 33. Percepción de riesgo al consumir alcohol al mes de seguimiento-mantenimiento.

En la tabla anterior se muestra que los estudiantes perciben que de continuar con el consumo registrado al momento de la sesión de evaluación tendrían un riesgo probable a ocurrir (leve y moderado), por lo que en comparación con la evaluación en donde señalaron que el riesgo al consumir alcohol era improbable (Extremadamente y moderado), su percepción de riesgo al consumir alcohol se modificó siendo más realista al identificar las consecuencias que experimentarían de continuar con el consumo registrado en la evaluación.

De manera general, al conocer los resultados del seguimiento- mantenimiento al mes de haber realizado la sesión de retroalimentación y consejo, se observó que los estudiantes llevaron a cabo el plan de acción establecido, consumiendo de acuerdo a los límites establecidos, las consecuencias asociadas al consumo de alcohol y las expectativas positivas sobre el consumo de alcohol disminuyeron y la percepción de riesgo al consumir alcohol aumentó, ya que los estudiantes identificaron que hay una mayor probabilidad de riesgo al consumir alcohol.

4.4.2 SEGUIMIENTO- MANTENIMIENTO A LOS 6 MESES

El seguimiento-mantenimiento se realizó seis meses después de la sesión de seguimiento-mantenimiento de un mes se hizo vía telefónica ya que las restricciones del plantel impidieron que se pudiera realizar la sesión de forma presencial; se les señaló que el objetivo de esta sesión es que se pudiera hablar sobre su patrón de consumo y los retos que han enfrentado; además, se les envió vía correo electrónico los cuestionarios aplicados en la sesión de evaluación, para que pudieran completarlos una vez más.

Con base en lo anterior se describe lo abordado con cada estudiante vía telefónica. Se comenzó cada llamada estableciendo rapport con los estudiantes, en seguida, se le preguntó sobre su patrón de consumo en los últimos seis meses, en principio se abordaron los días que consumió de forma típica y posteriormente se revisó su consumo episódico, recordándoles que este hace referencia a las ocasiones en que bebió más que en el patrón típico. Así también, se les señaló que para finalizar esta fase se les enviarían unos cuestionarios a su correo electrónico, por lo que era muy importante que los respondieran.

En primer lugar se muestra la información recabada con Paula, quien mencionó que en cuanto al patrón de consumo típico había bebido los sábados con sus padres, aproximadamente dos veces al mes, señaló que su consumo había sido de 2 copas de vino en dos horas, refirió que en ocasiones no se le antoja acompañar su comida con vino, por lo que prefiere tomar refresco, agua o jugo. Describió que con este patrón de consumo se sentía relajada y tranquila, ya que disfrutaba las cenas con sus padres, pues tienen una convivencia agradable.

Consecutivamente se le preguntó sobre su consumo episódico. Paula comentó que tuvo tres episodios de consumo. El primero fue con amigos, en una fiesta, en donde consumió 4 copas de alcohol en 4 horas. El segundo episodio también ocurrió con sus amigos de la escuela, en una fiesta, en esta ocasión bebió 3 copas de alcohol en 5 horas.

Paula mencionó que en estas situaciones experimento diversión y paso momentos agradables con sus amigos y su primo, sin embargo, comentó que se había dado cuenta que su primo consumía alcohol de forma problemática, ya que hacía cosas impulsivas y que lo ponían en riesgo, como discutir, pelear con otros y beber en cantidades elevadas. Refirió que había intentado hablar con él, no obstante, se mostró resistente a la información que le trató de proporcionar, por lo que únicamente le remarcó que tuviera mayor cuidado al consumir alcohol.

En cuanto a los tips que puso en práctica en todas las situaciones de consumo, recordó consumir bebidas de baja concentración de alcohol, por lo que consumió cerveza en lugar de vodka o tequila, vigiló cuantas copas estaba bebiendo, ingirió alcohol lentamente y espacio las copas que bebió.

Ante lo señalado por Paula, se le felicitó por seguir las recomendaciones establecidas en las sesiones anteriores y apegarse a un consumo moderado, se reflejó las consecuencias positivas al consumir de esta manera y se reforzó el compromiso para seguir llevándolo a cabo. Finalmente, se le agradeció por su participación y disposición mostrada durante todo el proceso y se le señaló que en caso de que lo necesitará podría establecer contacto para recibir apoyo.

En seguida, se muestra lo que se abordó en la llamada con Berenice, en cuanto a su patrón de consumo típico, mencionó que había consumido 1 vez al mes (sábados), en reuniones con sus amigos del anime, en estas ocasiones consumió 3 copas en 5 horas. Berenice comentó que se divirtió con sus amigos, fue espontánea y relajada. Indicó que ahora solo se reúnen una vez al mes pues todos tienen mayores ocupaciones, además, ya no frecuenta al que era su novio ya que terminó su relación con él.

Posteriormente, se le preguntó sobre su consumo episódico, Berenice refirió que tuvo dos episodios de consumo, el primero fue en una fiesta con sus amigos, en esta ocasión consumió 4 copas en 5 horas. El segundo episodio fue en una fiesta familiar, en donde consumió 4 copas en 6 horas.

Berenice comentó que en estas situaciones se divirtió, no experimentó malestares, ni tuvo conductas impulsivas; refiere que cuando estuvo en la fiesta familiar pensó en que podría pasársela bien platicando con sus primos. En cuanto a los tips que aplicó mencionó que fueron beber lentamente, vigilar cuanto estaba bebiendo y espaciar sus copas.

A partir de esta información, se reconoció los esfuerzos de Berenice al seguir las recomendaciones establecidas y apegarse a un consumo de una copa por hora en cada ocasión, se retroalimentó sobre las consecuencias positivas al consumir de esta manera y se reforzó el compromiso para seguir llevándolo a cabo. Por último, se le agradeció por su participación y disposición mostrada durante el todo el proceso y se le señaló que en caso de que lo necesitará podría establecer contacto para recibir apoyo.

Consecutivamente, se presenta la llamada realizada a Karla, quien comentó que su patrón de consumo típico fue de 2 veces al mes (viernes), señaló que acudió al billar con su novio y amigos, en donde consumió 2 copas en 2 horas. En cuanto al consumo episódico refirió que asistió a una fiesta, en esta ocasión bebió 3 copas en 4 horas.

Karla comentó que no ha tenido problemas por su consumo de alcohol, con sus padres ni con sus amigos, refiere que se divierte con ellos, en cuanto a los tips que ha ocupado son: vigilar su consumo, beber lentamente y espaciar sus copas; Karla señaló que tiene un mejor control de las acciones que realiza, además, también describió que ha tenido mayor cuidado al tener relaciones sexuales con su novio, garantizando que estas sean con condón y sin tener una cantidad elevada de alcohol en su organismo.

De la misma forma se reconocieron los esfuerzos de Karla al apegarse a un consumo de una copa por hora en cada ocasión, se reflejó que no ha tenido consecuencias negativas al haber tomado en cuenta el plan de acción realizado en las sesiones anteriores, por lo que se reforzó el compromiso para seguir llevándolo a cabo; además, se retroalimentó que su patrón típico de consumo era muy frecuente, por lo que hizo hincapié en que para que no hubiera riesgo de aumentar la tolerancia podía espaciar sus ocasiones de consumo. Finalmente, se le agradeció por su participación y disposición mostrada durante el todo el proceso y se le señaló que en caso de que lo necesitará podría establecer contacto para recibir apoyo.

Por último, se retoma lo que se abordó en la llamada realizada con Diego, quien señaló que en su patrón de consumo típico consumió 2 veces al mes (viernes), 3 copas en tres horas, esto se realizó en un establecimiento cercano a la escuela. En cuanto al patrón de consumo episódico refirió que tuvo 2 fiestas con amigos, en donde bebió 4 copas estándar en 4 horas.

Diego indicó que el mantener este consumo le ha traído una mejor relación con su novia y con sus amigos, pues no hay altercados, ni conductas peligrosas con ellos cuando están bebiendo, señaló que los tips que recuerda son: comer antes de beber, ingerir bebidas con menor concentración de alcohol como la cerveza, beber lentamente y vigilar cuanto está bebiendo; refirió que también recuerda que si consume cantidades elevadas de alcohol no podrá divertirse porque su cuerpo se deprimirá.

Se felicitó a Diego por seguir las recomendaciones establecidas en las sesiones anteriores y apegarse a un límite de consumo, se reflejó las consecuencias positivas al mantener este patrón de consumo y se reforzó el compromiso para seguir llevándolo a cabo. Finalmente, se le agradeció por su participación y disposición mostrada durante el todo el proceso y se le señaló que en caso de que lo necesitará podría establecer contacto para recibir apoyo. A continuación se muestran los resultados obtenidos en los cuestionarios.

CONSECUENCIAS RELACIONADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

En ese apartado se muestran las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol que los estudiantes experimentaron en los últimos seis meses, según los cuestionarios de Índice de problemas de alcohol Rutgers (IPAR) e Inventario de consecuencias del bebedor (DrInC).

CONSECUENCIAS RELACIONADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL	
Paula	1. He disfrutado el sabor de la cerveza, vino o licor
Berenice	1. El alcohol me ha ayudado a relajarme
Karla	1. Trato de disminuir o dejar de consumir alcohol
Diego	1. El alcohol me ha ayudado a relajarme

Tabla 34. Consecuencias relacionadas al consumo de alcohol al mes de seguimiento-mantenimiento.

En la tabla anterior se observa que las consecuencias que refieren los estudiantes son menores, todos los estudiantes señalaron 1, en comparación con las registradas en la sesión de evaluación (Paula y Berenice 6 consecuencias; Karla y Diego 7 consecuencias) y las registradas en el seguimiento- mantenimiento a 1 mes (Paula, Berenice y Karla refieren 2; Diego señala 1); Paula menciona que ha disfrutado el sabor de las bebidas alcohólicas, Berenice y Diego que el alcohol le ha ayudado a relajarse y Karla ha tratado de disminuir o dejar de consumir alcohol.

CREENCIAS ACERCA DEL ALCOHOL Y SUS EFECTOS.

En seguida, se presentan los resultados sobre las expectativas positivas al beber alcohol en los últimos seis meses; se muestran los reactivos que los estudiantes marcaron como placenteros y más probables a ocurrir al consumir alcohol, según la Encuesta de los Efectos Comprensivos del Alcohol (CEA).

EXPECTATIVAS POSITIVAS SOBRE EL ALCOHOL			
PAULA	BERENICE	KARLA	DIEGO
1.Estaría divertida	1. Me sentiría con energía	1. Estaría divertida	1. Estaría divertido

Tabla 35. Creencias acerca del alcohol y sus efectos al mes de seguimiento-mantenimiento.

Se observa que en esta medición todos los estudiantes refirieron un ítem como efecto positivo y deseable a ocurrir, Paula, Karla y Diego registraron que estarían divertidos y Berenice que se sentiría con energía; es de notar que en comparación con la sesión de evaluación (6 expectativas) y en el seguimiento-mantenimiento a un mes (Paula, Karla y Diego 2 ítems y Berenice 3) los estudiantes fueron disminuyendo las expectativas positivas registradas.

PERCEPCIÓN DE RIESGO AL ALCOHOL

Por último, se exponen los resultados sobre la percepción de riesgo para consumir alcohol; el objetivo era volver a preguntarle a los estudiantes cuál sería la probabilidad de que se involucrarán en diferentes actividades relacionadas con el consumo de alcohol si continuarán con el patrón de consumo registrado en la sesión de evaluación, se les recordó que podían responder en un continuo desde un improbable involucramiento hasta lo probable. Para ello se les pidió responder el cuestionario de Evaluación de los Riesgos Percibidos para consumir Alcohol (APRA).

PERCEPCIÓN DE RIESGO AL CONSUMIR ALCOHOL	
PAULA	Probable riesgo a ocurrir (Moderado)
BERENICE	Probable riesgo a ocurrir (Moderado)
KARLA	Probable riesgo a ocurrir (Leve)
DIEGO	Probable riesgo a ocurrir (Moderado)

Tabla 36. Percepción de riesgo al consumir alcohol a los seis meses de seguimiento-mantenimiento.

En la tabla 36, se observa que los estudiantes perciben que de continuar con el consumo registrado al momento de la sesión de evaluación tendrían un riesgo probable a ocurrir (leve y moderado), manteniendo su percepción sobre un riesgo probable a ocurrir de continuar su consumo.

En general, los resultados obtenidos a los seis meses de haber realizado la sesión de seguimiento-mantenimiento, señalan que los estudiantes se han apegado a los límites de consumo que establecieron, las consecuencias asociadas al consumo de alcohol, las expectativas positivas y la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol se mantuvieron similares.

4.5 RESULTADOS FINALES DEL TRATAMIENTO

En este apartado se realizará una comparación sobre los resultados obtenidos en las diferentes fases del tratamiento en cada uno de los estudiantes.

Se iniciará abordando el patrón de consumo típico y episódico a partir de los datos obtenidos en la sesión de evaluación (registro retrospectivo típico de 1 mes y registro retrospectivo episódico de 90 días), el automonitoreo durante la intervención (15 días después de que se realizó la evaluación), los resultados del seguimiento-mantenimiento (1 mes después de la sesión de retroalimentación y consejo) y el seguimiento-mantenimiento a los seis meses.

En el caso de Paula al comparar los datos obtenidos en la fase de aplicación del programa DIBADEU con la fase de seguimiento-mantenimiento a 1 mes y 6 meses, se observa que en el patrón de consumo típico y episódico disminuyó la cantidad de copas ingeridas (típico se redujo de 5 a 2 copas; episódico se redujo de 12 a 4 copas) y en la frecuencia de los episodios de consumo (el típico disminuyó de 4 a 2 ocasiones por mes; el episódico disminuyó de 2 episodios en 90 días a 2 episodios en 180 días). Además, se observó una disminución en la intensidad de todas las ocasiones de consumo ya que Paula ingirió una copa por hora aproximadamente; así también, señaló que los tips específicos que le fueron de mayor utilidad fueron; consumir bebidas de baja concentración de alcohol (consumió cerveza en lugar de vodka o tequila); vigiló cuantas copas estaba bebiendo; ingirió alcohol lentamente y espacio las copas que bebió (véase Tabla 37).

PAULA						
PATRON DE CONSUMO TIPICO Y EPISODICO DURANTE LA FASE DE APLICACIÓN DEL DIBADEU Y LA FASE DE SEGUIMIENTO-MANTENIMIENTO						
SESIONES	PATRON DE CONSUMO TIPICO			PATRON DE CONSUMO EPISODICO		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Cantidad</i>	<i>tiempo</i>	<i>Episodios registrados</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Tiempo</i>
Evaluación Típico (1 mes) Episódico (3 meses)	4 ocasiones	4 copas	2 hrs	1er 2do	12 copas 10 copas	4 hrs 6 hrs
Retroalimentación y consejo (15 días)	2 ocasiones	5 copas	2 hrs	1er	8 copas	4 hrs
Seguimiento-mantenimiento (1 mes)	2 ocasiones	2 copas	1 hr	Sin episodio	0	0
Seguimiento-mantenimiento (6 meses)	2 ocasiones por mes	2 copas	2 hrs	1er 2do	4 copas 3 copas	4 hrs 5 hrs

Tabla 37. Patrón de consumo típico y episódico de Paula durante la fase de aplicación de DIBADEU y la fase de Seguimiento- mantenimiento al mes y 6 meses.

Respecto al caso de Berenice, al comparar el patrón de consumo en la fase de aplicación del programa DIBADEU con la fase de seguimiento-mantenimiento a 1 mes y 6 meses, se identificó que en el patrón de consumo típico y episódico disminuyó la cantidad de copas ingeridas (el típico se redujo de 6 a 3 copas; el episódico se redujo de 12 a 4 copas) y en la frecuencia de los episodios de consumo (el típico disminuyó de 2 a 1 ocasiones por mes; el episódico disminuyó de 2 episodios en 90 días a 2 episodios en 180 días). De la misma forma, se observó una disminución en la intensidad de todas las ocasiones de consumo ya que anteriormente ingería 12 copas en 6 horas (consumo episódico más alto) y en el último registro se encontró que ingirió una copa por hora aproximadamente en todas las ocasiones de consumo. En cuanto a los tips que le fueron de mayor utilidad refirió que bebió lentamente, vigiló cuanto estaba bebiendo y espacio sus copas de alcohol (véase Tabla 38).

BERENICE						
PATRÓN DE CONSUMO TÍPICO Y EPISÓDICO DURANTE LA FASE DE APLICACIÓN DEL DIBADEU Y LA FASE DE SEGUIMIENTO- MANTENIMIENTO						
SESIONES	PATRÓN DE CONSUMO TÍPICO			PATRÓN DE CONSUMO EPISÓDICO		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Episodios registrados</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Tiempo</i>
Evaluación Típico (1 mes)	2 ocasiones	5 copas	4 hrs	1ero	10 copas	5 hrs
Episódico (3 meses)				2do	12 copas	6 hrs
Retroalimentación y consejo (15 días)	1 ocasión	6 copas	3 hrs	Sin episodio	0	0
Seguimiento-mantenimiento (1 mes)	1 ocasión	3 copas	3 hr	Sin episodio	0	0
Seguimiento-mantenimiento (6 meses)	1 ocasión por mes	3 copas	5 hrs	1er	4 copas	5 hrs
				2do	4 copas	6 hrs

Tabla 38. Patrón de consumo típico y episódico de Berenice durante la fase de aplicación de DIBADEU y la fase de seguimiento- mantenimiento.

En lo correspondiente al caso de Karla, al comparar los datos obtenidos en la fase de aplicación del programa DIBADEU con la fase de seguimiento-mantenimiento a 1 mes y 6 meses, se observó que en el patrón de consumo típico y episódico disminuyó en la cantidad de copas ingeridas (el típico se redujo de 4 a 2 copas; el episódico se redujo de 11 a 3 copas) y en la frecuencia de los episodios de consumo (el típico disminuyó de 4 a 2 ocasiones por mes; el episódico disminuyó de 1 episodios en 90 días a 1 episodio en 180 días). Además, se observa una disminución en la intensidad de todas las ocasiones de consumo ya que Karla ingirió una copa por hora aproximadamente; así también, indicó que los tipos que le han sido útiles fueron vigilar su consumo, beber lentamente y espaciar sus copas (véase Tabla 39).

<u>KARLA</u>						
PATRON DE CONSUMO TIPICO Y EPISODICO DURANTE LA FASE DE APLICACIÓN DEL DIBADEU Y LA FASE DE SEGUIMIENTO-MANTENIMIENTO						
SESIONES	PATRON DE CONSUMO TIPICO			PATRON DE CONSUMO EPISODICO		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Episodios registrados</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Tiempo</i>
Evaluación Típico (1 mes) Episódico (3 meses)	4 ocasiones	4 copas	3 hrs	1ero	11 copas	6 hrs
Retroalimentación y consejo (15 días)	2 ocasiones	4 copas	2 hrs	Sin episodio	0	0
Seguimiento-mantenimiento (1 mes)	1 ocasión	3 copas	2 hr	1ero	3 copas	3 hrs
Seguimiento-mantenimiento (6 meses)	2 ocasiones por mes	2 copas	2 hrs	1ero	3 copas	4hrs

Tabla 39. Patrón de consumo típico y episódico de Karla durante la fase de aplicación de DIBADEU y la fase de seguimiento-mantenimiento.

Para el caso de Diego, al comparar el patrón de consumo en la fase de aplicación del programa DIBADEU con la fase de seguimiento- mantenimiento a 1 mes y a 6 meses, se identificó que en el patrón de consumo típico y episódico disminuyó la cantidad de copas ingeridas (el típico se redujo de 5 a 3 copas; el episódico se redujo de 13 a 4 copas) y en la frecuencia de los episodios de consumo (el típico disminuyó de 4 a 2 ocasiones por mes). Asimismo, se observó una disminución en la intensidad de todas las ocasiones de consumo ya que Diego ingirió una copa por hora, aproximadamente. Además, señaló que los tips que le han servido es comer antes de beber, ingerir bebidas con menor concentración de alcohol como la cerveza, beber lentamente y vigilar cuanto está bebiendo; refirió que también recuerda que si consume cantidades elevadas de alcohol no podrá divertirse porque experimentará los efectos depresores del alcohol (véase Tabla 40).

DIEGO						
PATRON DE CONSUMO TIPICO Y EPISODICO DE DURANTE LA FASE DE APLICACIÓN DEL DIBADEU Y LA FASE DE SEGUIMIENTO-MANTENIMIENTO						
SESIONES	PATRON DE CONSUMO TIPICO			PATRON DE CONSUMO EPISODICO		
	<i>Frecuencia</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Tiempo</i>	<i>Episodios registrados</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Tiempo</i>
Evaluación Típico (1 mes) Episódico (3 meses)	4 ocasiones	5 copas	3 hrs	1ero	13 copas	4 hrs
Retroalimentación y consejo (15 días)	2 ocasiones	6 copas	3 hrs	1ero	12 copas	5 hrs
Seguimiento-mantenimiento (1 mes)	2 ocasiones	3 copas	2 hr	Sin episodio	0	0
Seguimiento-mantenimiento (6 meses)	2 ocasiones por mes	3 copas	3 hrs	1er 2do	4 copas 4 copas	4 hrs 4 hrs

Tabla 40. Patrón de consumo típico y episódico de Diego durante la fase de aplicación de DIBADEU y la fase de seguimiento-mantenimiento.

En seguida, se abordarán los resultados del apartado de consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol de los participantes.

En cuanto a las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol, se observó que en la sesión de evaluación Paula y Berenice registraron 6 consecuencias; mientras que para Karla y Diego fueron 7; estas fueron disminuyendo al compararlas con los registros al mes de seguimiento- mantenimiento en donde Paula, Berenice y Karla refirieron 2 consecuencias, mientras que Diego señaló 1; de igual manera estas disminuyeron para Paula, Berenice y Karla en el registro del seguimiento- mantenimiento a los 6 meses, ya que señalaron una consecuencia, mientras que para Diego se mantuvo el mismo número de consecuencias que en el registro de seguimiento- mantenimiento a 1 mes.

En general, las consecuencias frecuentes que registraron los estudiantes durante la sesión de la evaluación son las referentes a las conductas impulsivas como: dañar sus relaciones familiares, amorosas y con amistades, descuidar sus responsabilidades (tareas, clases) y sentirse mal después de consumir alcohol, tanto emocionalmente como físicamente.

Las consecuencias que registraron en el seguimiento- mantenimiento a 1 mes fueron: que han tratado de controlar o disminuir su consumo, Paula y Karla indicaron que disfrutaban el sabor del alcohol y Berenice menciona que el alcohol le ha ayudado a relajarse.

Así también, las consecuencias que registraron en el seguimiento- mantenimiento a 6 meses fueron: para Paula que ha disfrutado el sabor de las bebidas alcohólicas, Berenice y Diego que el alcohol le ha ayudado a relajarse y Karla que ha tratado de disminuir o dejar de consumir alcohol.

Es de notar que las consecuencias relacionadas con haber dañado sus relaciones interpersonales, tener conductas sexuales de riesgo y sentirse mal después de consumir alcohol no fueron señaladas por los estudiantes en la fase de seguimiento-mantenimiento (véase tabla 41).

CONSECUENCIAS RELACIONADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LA APLICACIÓN DEL DIBADEU Y LA FASE DE SEGUIMIENTO-MANTENIMIENTO

	<i>Evaluación</i>	<i>Seguimiento-Mantenimiento 1 mes</i>	<i>Seguimiento-Mantenimiento 6 meses</i>
PAULA	<ol style="list-style-type: none"> 1.Ha descuidado sus responsabilidades 2.Trato de controlar o disminuir su consumo 3.Su familia se ha preocupado o quejado por el consumo de alcohol 4.Hirió a alguien o fue lastimada cuando estaba intoxicada 5.Hizo cosas impulsivas, corrió riesgos 6.Se sintió mal después de consumir alcohol (físicamente) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Trato de controlar o disminuir su consumo 2.He disfrutado el sabor de la cerveza, vino o licor 	<ol style="list-style-type: none"> 1.He disfrutado el sabor de la cerveza, vino o licor
BERENICE	<ol style="list-style-type: none"> 1.Ha dañado sus relaciones familiar, amorosa y con amistades 2.Ha descuidado sus responsabilidades 3.Hizo hecho cosas impulsivas, corrió riesgos 4.Realizo cosas vergonzosas después de consumir alcohol 5.Se sintió mal después de consumir alcohol (consigo mismo y físicamente) 6.Tuvo conductas sexuales de riesgo 	<ol style="list-style-type: none"> 1..El alcohol me ha ayudado a relajarme 2.Trato de controlar o disminuir su consumo 	<ol style="list-style-type: none"> 1.El alcohol me ha ayudado a relajarme
KARLA	<ol style="list-style-type: none"> 1.Ha dañado sus relaciones (familiar, amorosa y con amistades) 2.Ha descuidado sus responsabilidades 3.Ha herido a su familia debido al consumo de alcohol 4.Realizo cosas vergonzosas después de consumir alcohol 5.Se sintió mal después de consumir alcohol (consigo mismo y físicamente) 6.Trato de disminuir o dejar de consumir alcohol 7.Tuvo conductas sexuales de riesgo 	<ol style="list-style-type: none"> 1.He disfrutado el sabor de la cerveza, vino o licor 2.Trato de disminuir o dejar de consumir alcohol 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Trato de disminuir o dejar de consumir alcohol
DIEGO	<ol style="list-style-type: none"> 1.Ha dañado su relación amorosa y con amistades 2-Ha dicho cosas crueles 3.Ha hecho cosas impulsivas 4.Descuido sus responsabilidades 5.Se ha metido en problemas 6.Se ha sentido culpable o avergonzado 7.Se sintió mal después de consumir alcohol (consigo mismo y físicamente) 	<ol style="list-style-type: none"> 2.Trato de disminuir o dejar de consumir alcohol 	<ol style="list-style-type: none"> 1.El alcohol me ha ayudado a relajarme

Tabla 41. Consecuencias relacionadas al consumo de alcohol de los participantes durante la fase de aplicación del DIBADEU y la fase de seguimiento- mantenimiento.

Consecutivamente, se abordaron los resultados del apartado de Expectativas positivas sobre el consumo de alcohol de los participantes.

Al analizar los datos sobre las expectativas positivas sobre el consumo de alcohol, se observó que en la sesión de evaluación se registraron 6 expectativas como deseables y probables a ocurrir en todos los estudiantes, como: ser sociables, facilitar la expresión de los sentimientos y divertirse más. En la sesión de seguimiento- mantenimiento a un mes se observó que Paula, Karla y Diego refirieron dos ítems como efectos positivos y deseables a ocurrir, mientras que Berenice registró tres ítems, Paula, Berenice y Karla registraron que su cuerpo estaría relajado, Berenice y Diego comentaron que se sentirían con energía y finalmente todos señalaron que se sentirían divertidos. En cuanto, a la sesión de seguimiento- mantenimiento a 6 meses los estudiantes refirieron un ítem como efecto positivo y deseable a ocurrir; por lo que es de notar que los estudiantes registraron menores expectativas positivas en cada sesión de seguimiento- mantenimiento. De igual forma, se observó que las expectativas relacionadas con la sexualidad no se señalaron en las sesiones de seguimiento- mantenimiento al mes ni a los 6 meses. (Véase Tabla 42).

EXPECTATIVAS POSITIVAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL, DURANTE LA FASE DE APLICACIÓN DEL DIBADEU , LA FASE DE SEGUIMIENTO-MANTENIMIENTO

	<i>Sesión de evaluación</i>	<i>Resultados del seguimiento-mantenimiento a 1 mes</i>	<i>Seguimiento-mantenimiento a los 6 meses</i>
Paula	1.Estaría divertida 2.Estaría relajada 3.Me comportaría socialmente 4.Seria amistosa 5.Seria extrovertida 6.Se facilitaría la expresión de mis sentimientos	1.Estaría divertida 2.Estaría relajada	1.Estaría divertida
Berenice	1.Disfrutaría más el sexo 2.Estaría divertida 3.Me comportaría socialmente 4.Me sentiría sexy 5.Se facilitaría la expresión de mis sentimientos 6.Seria extrovertida	1.Estaría divertida 2.Me sentiría con energía 3.Mi cuerpo estaría relajado	1.Me sentiría con energía
Karla	1.Disfrutaría más el sexo 2.Estaría divertida 3.Me comportaría socialmente 4.Se facilitaría vivir mis fantasías 5.Sería una mejor amante 6.Se facilitaría la expresión de mis sentimientos	1.Estaría divertida 2.Mi cuerpo estaría relajado	1.Estaría divertida
Diego	1.Estaría divertido 2.Estaría relajado 3.Me comportaría socialmente 4.Me sentiría calmado 5.Se facilitaría la expresión de mis sentimientos 6.Se me facilitaría comunicarme	1.Estaría divertido 2.Me sentiría con energía	1.Estaría divertido

Tabla 42. Expectativas positivas sobre el consumo de alcohol de los participantes, durante la fase de aplicación del DIBADEU, la fase de seguimiento- mantenimiento.

Finalmente, se reportan los resultados del apartado Percepción de Riesgo sobre el consumo de alcohol de los participantes.

En lo correspondiente a la percepción de riesgo que tuvieron los participantes sobre el consumo de alcohol en la sesión de evaluación, los estudiantes registraron que los riesgos

y consecuencias que pudieran experimentar derivados al consumo excesivo de alcohol eran improbables a ocurrir; en los datos con los encontrados en la sesión de seguimiento-mantenimiento a 1 mes, en donde se les preguntó a los estudiantes cuál sería la probabilidad de que experimentar problemas derivados del consumo excesivo si continuarán con el patrón de consumo registrado en la sesión de evaluación, todos los estudiantes señalaron que tendrían un riesgo probable a ocurrir (leve y moderado); esta percepción se mantuvo para Paula, Berenice y Karla en el seguimiento-mantenimiento a los 6 meses; respecto al caso de Diego su percepción de riesgo aumento de un riesgo probable leve a moderado en el seguimiento-mantenimiento a 6 meses.

De tal forma, se observa que la percepción de riesgo en los estudiantes sobre el consumo de alcohol se modificó siendo más alta, ya que fueron registrando que hay un mayor riesgo de experimentar consecuencias si continuarán con el consumo registrado en la evaluación (Véase Tabla 43).

PERCEPCIÓN DE RIESGO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LA FASE DE APLICACIÓN DEL DIBADEU Y LA FASE SEGUIMIENTO-MANTENIMIENTO			
	<i>Evaluación</i>	<i>Seguimiento-mantenimiento a 1 mes</i>	<i>Seguimiento-mantenimiento a los 6 meses</i>
Paula	Extremadamente improbable a ocurrir	Probable riesgo a ocurrir (Moderado)	Probable riesgo a ocurrir (Moderado)
Berenice	Moderadamente improbable a ocurrir	Probable riesgo a ocurrir (Moderado)	Probable riesgo a ocurrir (Moderado)
Karla	Extremadamente improbable a ocurrir	Probable riesgo a ocurrir (Leve)	Probable riesgo a ocurrir (Leve)
Diego	Moderadamente improbable a ocurrir	Probable riesgo a ocurrir (Leve)	Probable riesgo a ocurrir (Moderado)

Tabla 43. Percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol en los participantes, durante la fase de aplicación del DIBADEU y la fase de seguimiento-mantenimiento.

4.6 CONCLUSION GENERAL

En el presente documento se describió la aplicación de cinco programas de corte cognitivo-conductual y motivacional (DIBADEU, IBBP, PIBA, PEREU Y PSC), los cuales demostraron ser costo-eficientes, fáciles de instrumentar, y flexibles ante las necesidades de tratamiento de la población atendida, se obtuvieron resultados favorables para la reducción del consumo de los participantes, la disminución de las situaciones de consumo que presentaban y el incremento en la autoeficacia para enfrentarse a situaciones de riesgo, por esta razón, se puede concluir que dichos programas son eficaces para el tratamiento de las conductas adictivas.

En el caso específico de las intervenciones y tratamientos breves que se aplicaron (DIBADEU, IBBP, PIBA), además de los resultados favorables ya señalados, se identificó que constituyen una opción de tratamiento adecuada para aquellas personas que se inician en el consumo de alguna sustancia, que presentan una dependencia leve o moderada, o que tienen un consumo problemático.

De manera más específica, en cuanto a los datos presentados en el cuarto capítulo de este informe se puede concluir que el programa DIBADEU en su modalidad grupal tuvo un efecto en la reducción de la cantidad de alcohol, el número de episodios de consumo y la intensidad en la ingesta de bebidas alcohólicas, además, los participantes establecieron límites de consumo y un plan de acción que retomaban tips específicos para reducir los riesgos y la importancia de los efectos psicológicos en el consumo.

De la misma forma, se observó una disminución en las consecuencias asociadas al consumo de alcohol, es de notarse que de acuerdo a los resultados del seguimiento-mantenimiento a 1 mes y a los 6 meses, los estudiantes no reportaron haber tenido problemas en sus relaciones interpersonales, malestares físicos o emocionales ni conductas sexuales de riesgo.

Así mismo, se observó una disminución en las expectativas positivas sobre el consumo de alcohol, con base en lo registrado en la fase seguimiento-mantenimiento a 1 mes y a los 6 meses; ya que no señalaron expectativas relacionadas a ser un mejor amante, disfrutar el sexo y expresar sus sentimientos con mayor facilidad.

De igual manera, la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol, aumentó en la fase de seguimiento-mantenimiento a 1 mes y 6 meses; al preguntarles, que consecuencias podrían tener de continuar con el mismo patrón de consumo que presentaban en la sesión de evaluación, los estudiantes calificaron que tendrían un riesgo probable a ocurrir (leve y moderado) en desarrollar un problema con la bebida, en la pérdida de clases o en la incapacidad de completar tareas.

Los participantes manifestaron haber aprendido acerca de los riesgos a los que se exponen al consumir alcohol, señalaron que los temas más significativos fueron sobre la tolerancia, las normas de consumo, las expectativas; respecto a lo que mencionaron las mujeres, la diferencia al metabolizar el alcohol entre hombres y mujeres, además, indicaron

que los tips para un consumo con menor riesgo les resultaron útiles; de manera general, mencionaron que no han tenido problemas con sus familiares, pareja o amigos asociados con el consumo de alcohol. De tal forma, de acuerdo a los datos mencionados anteriormente se podría pronosticar que la probabilidad de continuar con su meta de consumo es alta.

Los principales elementos utilizados para promover el cambio en la conducta de consumo fueron: la retroalimentación sobre el patrón de consumo y los riesgos asociados al mismo, que llevo a los participantes a identificar su problemática en las diversas áreas de su vida y aumentó su disposición a realizar un cambio; el automonitoreo del consumo de alcohol, que permitió que los involucrados observaran con precisión, la cantidad de copas ingeridas, las situaciones en las que consumían, la duración y la frecuencia de los episodios y por último, el consejo de estrategias para el cambio a través de un plan de acción, con el cual se establecieron límites de consumo y estrategias para consumir con moderación. La efectividad de esta intervención se fundamenta en las estrategias de reducción del daño y en la entrevista motivacional, por tal razón, se motivó a los estudiantes a moderar su consumo de alcohol en favor de que se redujeran los riesgos a los que se exponían cuando consumían, alcanzando con éxito las metas de este programa.

Ahora bien, en el caso de los programas de tratamiento de mayor intensidad como el PEREU y el PSC, se identificó que el entrenamiento en las destrezas de enfrentamiento, a partir de un diseño de tratamiento individualizado, ayudo a lograr el éxito en las metas de tratamiento que los pacientes establecieron.

En cuanto a mi experiencia al cursar la Residencia en Psicología de las Adicciones, considero que me permitió tener un importante crecimiento profesional, en gran parte por los conocimientos teórico-metodológicos adquiridos. Pero sobre todo por la práctica clínica realizada en la aplicación de los diferentes programas e intervenciones antes mencionados, lo cual me permitió desarrollar destrezas terapéuticas y competencias profesionales específicas en el campo de atención a las adicciones. Es importante destacar como dichos conocimientos y habilidades contribuyeron de manera significativa a darme mayor experiencia y conocimientos en el campo aplicado, para tener las herramientas necesarias como profesional de la salud y así desarrollar e instrumentar programas de intervención que puedan dar respuesta a las necesidades de tratamiento de la población.

4.7 VENTAJAS Y LIMITACIONES DEL FORMATO DE TRATAMIENTO GRUPAL

De forma general, las ventajas que tiene el formato de tratamiento grupal son que disminuye los costos de tratamiento en cuanto a recursos humanos y materiales, optimizando los tiempos del tratamiento; dinamiza la terapia, ya que incluye variables lúdicas y recreativas, pues aparecen otras variedades de ejercicios que no son posibles de hacer en la terapia individual. Educa al usuario sobre su problemática y ayuda a que se tenga un mejor entendimiento de ella, pues está conformado por individuos con problemas en común y aporta otras perspectivas u opiniones a la información brindada. Los participantes pueden aprender a ayudarse mutuamente, desarrollando habilidades sociales entre los sujetos. La información que se da entre los sujetos, al interactuar, compartir sus experiencias, problemas y soluciones realizadas fomenta el aprendizaje vicario.

Siendo así, las ventajas que se observaron al aplicar el formato grupal, fueron que ayudo los participantes a beneficiarse de las experiencias y problemas cotidianos de sus pares, compartieron sus dudas y vivencias, aconsejaron a sus pares para realizar comportamientos alternativos, retroalimentaron al mismo grupo, señalando los riesgos percibidos e influenciando a los otros para recibir la información, identificaron diferentes fortalezas y debilidades propias y de los otros; además, los miembros del grupo tuvieron la oportunidad de relacionarse con otros de manera profunda, ya que anterior al tratamiento no tenían mucho contacto entre sí; los participantes enriquecieron los temas con sus opiniones, dudas y sugerencias. En cuanto a la inversión del tiempo fue más rentable, ya que se pudo atender a 4 usuarios en el tiempo en el que se atendería a un paciente de forma individual.

En cuanto a las limitaciones que tiene este formato de tratamiento es que puede perderse información relevante ya que por las mismas condiciones del formato es difícil concentrarse en características individuales, otro punto a considerar es que se debe reunir a personas con las mismas características principales a tratar, ya que de lo contrario los participantes pueden no sentirse identificados con el grupo, por lo que en ocasiones puede haber tiempo de espera para iniciar el tratamiento grupal, es importante considerar que no en todos los casos los participantes aprenden mejor en un tratamiento grupal ya que algunos podrían mostrarse tímidos, incomodos o inhibidos y decidir no participar, también, los participantes con conductas disruptivas podrían inhibir el logro de los objetivos grupales, provocando conflictos y alterando la dinámica del grupo de forma negativa, además, la confidencialidad puede ser difícil de controlar y mantener; puede resultar difícil para el terapeuta tratar de monitorear a todos los participantes durante el tiempo de intervención, dificultándose identificar si hay un progreso adecuado en todos los miembros del grupo. Además, se debe tomar en cuenta que el elemento comparativo entre un usuario y otro puede ser contraproducente, finalmente, puede resultar más complicado la finalización de la terapia o ciclo de intervención.

Las dificultades que se observaron al aplicar el formato grupal, fue el retrasó del inicio de las sesiones de grupo ya que se tuvo que identificar y reunir a los participantes con las mismas características; además, durante la sesión algunos participantes se mostraron inhibidos, poco participativos, sin embargo, se utilizaron estrategias de la entrevista motivacional con lo cual estas inhibiciones fueron desapareciendo, así mismo, al interactuar entre ellos las relaciones se fueron estrechando. Es importante mencionar que una de las acciones que se tomó para minimizar el impacto de las desventajas mencionadas anteriormente fue que se conformó un grupo pequeño (4 participantes) con lo cual se pudo monitorear de manera adecuada su progreso, se brindó la atención requerida ante las dudas de los usuarios, hubo un mayor control de los comportamientos disruptivos, además, se promovió la participación de todos los participantes.

4.8 SUGERENCIAS AL PROGRAMA DE LA RESIDENCIA EN ADICCIONES DE LA MAESTRIA EN PSICOLOGIA.

Finalmente, respecto a las recomendaciones o sugerencias de los programas aplicados, considero que sería importante que se pudieran implementar los diferentes programas en su modalidad grupal además del formato individual, pues este tipo de modalidad conlleva una serie de retos que ayudan a la práctica profesional del psicólogo, ya que es necesario que la información que se plantea sea capaz de llegar a cada miembro del grupo, a través de dinámicas, ejercicios y preguntas que puedan facilitar la retroalimentación, introspección y el autoconocimiento de cada participante y centrándose en la información esencial de cada programa.

Así también, considero que hubiera sido importante incorporar las terapias de tercera generación al entrenamiento en la residencia, ya que estas complementan las herramientas que pueden aplicarse al tratamiento con los usuarios y en mi caso no tuve la oportunidad de conocerlas ni practicarlas a profundidad.

Otra sugerencia que podría aportar es la incorporación de sesiones para la familia o personas significativas en el tratamiento personalizado, ya que en la práctica profesional he podido constatar que ellos son un recurso que puede apoyar u obstaculizar el tratamiento, de tal forma, la psicoeducación y el desarrollo de habilidades para los familiares o personas significativas ayudará a que la familia tenga mejores herramientas y apoyará al usuario en el mantenimiento de su meta de consumo.

Por último, sugiero que se incluya información relacionada con otros tipos de tratamiento en adicciones como: comunidad terapéutica, ayuda mutua, programa AA, ya que muchos de estos tratamientos forman parte de las opciones que existen a nivel nacional para la atención de esta problemática y gran parte de los establecimientos donde el residente puede incorporarse al campo laboral utilizan e incorporan dichos tratamientos, de tal manera el conocer esta información brinda un panorama más completo, lo que permitiría una mejor adaptación en el campo, intervención y mejoramiento del tratamiento en adicciones.

REFERENCIAS

- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996a). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ- 50). En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 72-80). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996b). Inventory of Drug-Taking Situations. En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek. *Structure Relapse Prevention. An outpatient Counselling Approach*, (pp. 28-36), Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996c). Structured relapse prevention: An outpatient Counselling approach. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H.M., & Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). *Inventory of drinking situations (IDS): User's guide*. Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. V. L. y Gutiérrez, L. M. (1998a). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Facultad de Psicología, UNAM y Ed. Porrúa. México.
- Babor, T. F. & Grant, M. (Eds.). (1992). *Project on identification and management of Alcohol-related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care*. Genève: World Health Organization.
- Babor, T. F., Ritson, E. B. & Hodgson, R. J. (1986). Alcohol-related problems in the primary health care setting: A Review of early intervention strategies. *British Journal of Addiction*, 81, 23-46.
- Baer, J. S., Stacy, A. & Larimer, M. (1991). Biases in the perception of drinking norms among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 580-586.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid. Edit. Espasa-Calpe. 3ª Edición.
- Barragán T. L., Flores, M. M., Morales, Ch. S., González, V. J., Martínez, R. M. A., Ayala, V. H., & Reild, M. L (2006). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México.
- Beck, A. T. (1990). *Beck Anxiety Inventory (BAI)*. The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company.
- Beck, A. T. (1996). *Beck Depression Inventory (BDI): Second Edition*. The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., & Wright, F.D. (1992). Cocaine abuse. En A. Freeman, & F. Dattilio (Eds.). *Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy*. New York: Plenum Press. Pp. 185-192.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, L., & Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press.

- Beck, J.S., & Liese, B.S. (1998). Cognitive Therapy. En R.J. Frances, & S.I. Miller (Eds.). *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. New York: Guilford Press, pp. 547-573.
- Bobes, J., y Gutiérrez, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona. Edit. Psiquiatría.
- Brow, J. M. (2004). The Effectiveness of Treatment. En: N. Heather & T. Stockwell (Eds.), *Treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 9-20). Gran Bretaña: TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Carroll, K. M. & Onken, L. S. (2005) Behavioral Therapies for Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452-1460.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1999b). Brief Interventions in Substance Abuse Treatment. En *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series Number 34*. (pp. 13-36). DHHS Publication No. (SMA) 04-3952, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Department of Health and Human Services. Rockwall IL.: Author.
- Chick, J., Lloyd, G. & Crombie, E. (1985). Counseling problem drinkers in medical wards: A controlled study. *British Medical Journal*, 290(6473), 965-967.
- Collins, R. L., Parks, G. A., & Marlatt, G. A. (1985). Social determinants of alcohol consumption: The effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 189-200.
- Cruz, E y Garnica, A. (2012). Validez y confiabilidad del índice de problemas de Alcohol Rutgers (IPAR) en estudiantes de educación media Superior. México. Facultad de Psicología. UNAM.
- DiCaprio, N., (1989). *Teorías de la personalidad*. México. Edit. McGraw-Hill.
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach*. New York: Guildford Press.
- Duthie, L. A., Baer, J. S., & Marlatt, G. A. (1991, November). High risk status and personal risk perception for alcohol problems among college students. Poster presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Echeverría, L., Ruiz, G. M., Salazar, M. L., Tiburcio, M. A. & Ayala, H. E. (2012). *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. México: Secretaria de Salud.
- Ellis, A. (1982). *The treatment of alcohol and drug abuse: A rational-emotive approach*. *Rational Living*, 17(2):15-24.

- Ellis, A., McInerney, J.F., DiGiuseppe, R., & Yeager, R.J. (1988). *Rational-Emotive Therapy With Alcoholics and Substance Abusers*. New York: Pergamon Press.
- Fromme, K., Stroot, E. & Kaplan, D. (1993). Comprehensive effects of alcohol: Development and psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. *Psychological Assessment*, 5(1), 19-26.
- Fuentes-Pila, J.M., Calatayud P., Lopez, E. & Catañeda, B. (2005). La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotin-tábuica. *Revista Trastornos Adictivos*, Vol. 7. No. 3, 153-165.
- Halstead, W.C. (1947). *Brain and Intelligence: A quantitative study of the frontal lobes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hester, R. K. & Delaney, H. D. (1997). Behavioral Self-Control Program for Windows: Results of a controlled Clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4):686-693.
- Hester, R. K. (2003). Behavioral Self-Control Training. En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. (3ra. Ed.). (pp. 152-164). New York: Allyn and Bacon.
- Hodgins, D. C., Leigh, G., Milne, R. & Gerrish, R. (1997). Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 22(2), 247-255.
- Hoffmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36, 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R. & Rubonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Hunt, G.M. & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11(1), 91-104.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.: Author.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México. Edit. Manual Moderno.
- Kenneth, E., Howard T. (1999). *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York. Edit. Guilford Press. 2ª Edición.
- Kingdon, D. & Dimech, A. (2008). Cognitive and behavioural therapies: the state of the art. *Psychiatry*, 217-220.
- Larimer, M.E., & Marlatt, G.A. (1990). Applications of relapse prevention with moderation goals. *Journal of Psychoactive drugs*, 22(2), 189-195.

- Lefio, L. A., Villaroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P. & Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panameña de Salud Pública*, 34(4), 257-266.
- Llorente del Pozo, J.M, Iraurgi- Castillo, E.I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Revista Trastornos Adictivos*, Vol. 10. No. 4, 252-274.
- Magill, M. & Ray, L. A. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J. Stud. Alcohol Drugs*, 70, 516-527.
- Mann, R. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Hart, D. M. (1985). Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 61-67.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior Change. En P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Jiménez, A. L., Ruiz, G. M. & Ayala, H. E. (2012). Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo Abusivo de Alcohol y otras Drogas (PIBA) Manual del Terapeuta. México: Secretaría de Salud.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, España. Edit. Paidós.
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986c). *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum Press.
- Miller, W. R. & Marlatt, G. A. (1984). *Brief Drinker Profile*. Odessa, EL: Psychological Assessment Resources.
- Miller, W. R. & Muñoz, R. E (1982). *How to control your drinking: A practical guide to responsible drinking*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change* (2nd. Ed.). The Guilford Press. New York.
- Miller, W. R. & Taylor, C. A. (1980). Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 5(1), 13-24.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2001). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265–277.

- Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N., Bien, T. H., Luckie, L. E., Montgomery, H. A., Hester, R. K. & Tonigan, J. S. (1995). What works?: A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd. ed.), (pp. 12-44). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. & Longabaugh, R. (1995). *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC) of Alcohol Abuse: Test Manual* (NIAAA Project MATCH Monograph No. 4, DHHS Publication No. 95-3911). Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik R. G. (1992). *Motivational enhancement therapy manual*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Monasor, R., Jiménez, M & Palomo, T. (2003). *Intervenciones psicosociales en alcoholismo*. Revista Trastornos Adictivos, Vol. 5. No. 1, 22-26.
- Phillips, E. L. & Weiner, D. N. (1966). *Short-Term Psychotherapy and Structured Behavior Change*. New York: McGraw-Hill.
- Prochaska, J. O & DiClemente, C. C. (1984). Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Prog Clin Biol Res*, 156, 131-40.
- Prochaska, O. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 19, 276-288.
- Quiroga, A. H (2008). Evaluación de un Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. Tesis Doctoral. México. Facultad de Psicología. UNAM.
- Quiroga, A. H. (2003a). Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP). Evaluación para Seleccionar y Derivar a Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol a los Tratamientos Específicos de un Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (2008). Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP). Evaluación para seleccionar y derivar a estudiantes universitarios con problemas de Alcohol y otras drogas a los tratamientos específicos del Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol y otras drogas (Quiroga, 2008). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México D.F. Para la elaboración de la entrevista se consideraron apartados del Guided Self-Change Biopsychological Assessment desarrollado por L.C. Sobell & Sobell (2003) y del Addiction Severity Index (McLellan et al. 1992). La presente entrevista se encuentra basada en la originalmente desarrollada por Quiroga (2003).

- Quiroga, A. H. (Trad.) (2003b). Cuestionario del Árbol Familiar (CAF) Evaluación de la Historia Familiar de Problemas de Alcohol. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Mann, R. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Hart, D. M. (1985). Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 61-67.
- Quiroga, A. H. (Trad.) (2003c). Línea Base Retrospectiva para la evaluación del consumo de Alcohol (LIBARE-A). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducida y adaptada al español del original en lengua inglesa de Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). En American Psychiatric Association (ed.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 477-479). Washington, D.C., American Psychiatric Association., y de Sobell., L. C., & Sobell, M. B. (2003) Alcohol consumption measures. En J. P. Allen & V. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (rev. Ed.), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, NationalInstitute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads.) (2003b). Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas, México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de White, H. R. & Labouvie, E. W. (1989). Toward the assessment of adolescent problem drinking, *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads.) (2008). Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBADEU). Un Enfoque de Reducción del Daño. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach*. New York: Guilford Press.
- Quiroga, A. H. y Montes, C. V. (2004). TAGEU: Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada: Resultados preliminares. Manuscrito no publicado. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. y Montes, C. V. (Trads.) (2003). Tratamiento de Auto-cambio-Guiado para estudiantes universitarios bebedores problema con dependencia moderada (TAGEU). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducción y adaptación al español del original en lengua inglesa de Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem Drinkers Guided Self-Change Treatment*. The Guilford Press New York. London.

- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (2004). PEREU: Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con problemas de dependencia sustancial o severa al alcohol: Resultados preliminares. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003a). *Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC-A)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Shoeber, R., & Annis, H. M. (1995). The Commitment to Change Algorithm for Alcohol (CCA-A): Psychometric properties. Manuscript in preparation.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003b). Cuestionario de Consumo de Alcohol (Escala de Dependencia al Alcohol-EDA). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Skinner, H. A., Horn, J. L., Wanberg, K., & Fester, F. M. (1984) Alcohol Use Questionnaire (Alcohol Dependence Scale ADS). Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario. Canada.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003c). Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas –Alcohol (ISCD-A-50). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M. & G. Martin (1985). Inventory of Drug-Taking Situations. En H. M. Annis., M. A. Herie & L. Watkin-Merek, (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 28-36), Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canada.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003d). Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y Otras Drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducción y adaptación al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 1-210). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.). (2003e). Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD-A-50). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A. &

- Watkin-Merek, L. (1996). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*. (pp. 72-80). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá, 1996.
- Quiroga, A. H., Sánchez-Sosa, J. J., Medina-Mora, M. E. & Aparicio, C. (2007). Desarrollo de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2007, volumen 39, No 3, 563-577.
- Quiroga, A.H. (Rev, 2013). El Modelo Cognitivo-Conductual-Motivacional y su aplicación a la Prevención y Tratamiento del Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas. Unidad de estudio correspondiente al tema 3 de la asignatura Principios del Comportamiento Adictivo que se imparte dentro de la Especialización Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo. División de Investigación y Estudios de Posgrado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Riley, D. (1994). *The harm reduction model: Pragmatic approaches to drug use from the area between intolerance and neglect*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Sanchez-Craig, M. (1995). *Drink Wise: How To Quit Drinking or Cut Down*. Toronto, ON: Addiction Research Foundation.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V & Morales Gallús, E. (2004). Un modelo psicoterapéutico en adicciones. *Revista Trastornos Adictivos*, Vol. 6. No. 3, 159-166.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. & Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Sitharthan, T., Kavanagh, D. J. & Sayer, G. (1996). Moderating drinking by correspondence: An evaluation of a new method of intervention. *Addiction*, 91(3), 345-355.
- Sitharthan, T., Sitharthan, G., Hough, M. J. & Kavanagh, D.J. (1997). Cue exposure in moderation drinking: A comparison with cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 878-882.
- Skinner, H. A. & Allen, B. A. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 199-209.
- Skinner, H. A. & Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS) users guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.

- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). En American Psychiatric Association (Ed.), Handbook of psychiatric measures (pp. 477-479). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Sobell, L. C., Sobell M. B. & Agrawal, S. (2009). Randomized Controlled Trial of a Cognitive–Behavioral Motivational Intervention in a Group Versus Individual Format for Substance Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 672-683. doi: 10.1037/a0016636
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Van Bilsen, H. & Whitehead, B. (1994). Learning controlled drug use: A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 87-95.
- Veiga, S., Martin, F & Corral, L.P. (2003). Abordaje del Tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas. *Revista Trastornos Adictivos*, Vol. 6. No. 0, 95-102.
- Villatoro, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Moreno, M., Robles, N., Bustos, M., Amador, N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35(6), 447-457.
- Villatoro, J. A., Mendoza, M. A., Moreno, M., Robles, N. O., Fregoso, D., Bustos, M., Medina-Mora, M. E. (2014). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. *Salud Mental*, 37(5), 423-435.
- Vogel-Sprott, M. D., Chipperfield, B. & Hart, D. M. (1985). Family history of problem drinking among young male social drinkers: reliability of the family tree questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 16, 251-256.
- White, H.R. & Labouvier, E.W. (1989). Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI). Towards the assessment of adolescent problem Drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37.