

Centros de Integración Juvenil, A. C.
Para vivir sin adicciones



**Prevención del consumo excesivo de alcohol
en mujeres jóvenes**

Elaboración:

Mtra. Maribel Méndez Llamas
Mtro. Hugo Alcántara Moreno
Mtra. Marisol Gamboa González

Coordinación:

Mtro. Alejandro Sánchez Guerrero
Mtra. Beatriz León Parra

Dirección de Prevención, 2010

Índice

Introducción	3
Consumo excesivo de alcohol en mujeres jóvenes: un problema de salud pública	4
Marco teórico	7
Objetivos del proyecto preventivo	19
Metodología de intervención	20
Desarrollo de sesiones	25
Referencias	44
Anexos	47

Prevención del consumo excesivo de alcohol en mujeres jóvenes

Introducción

El consumo de alcohol en forma explosiva es un problema que conlleva a mayores consecuencias físicas y pérdidas de años de vida saludable causan en los jóvenes. A diferencia del alcoholismo, la ingesta esporádica de grandes cantidades de alcohol produce que los jóvenes se expongan a conductas de riesgo como: la conducción de automóviles, riñas, relaciones sexuales desprotegidas, embarazos no deseados, contagio de enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH), probable congestión alcohólica, coma, muerte, accidentes, caídas, traumatismos, problemas legales, entre otros.

Intervenir con este sector poblacional para promover la abstinencia o el consumo moderado tiene un efecto directo en la reducción de estos riesgos. Las dos opciones propuestas han sido reconocidas por las autoridades de salud como formas adecuadas de consumo de alcohol ya que está demostrado que son formas seguras de usar (o no usar) alcohol.

La tendencia epidemiológica en el incremento de la incidencia en el consumo de alcohol en mujeres jóvenes, llama la atención debido a que deben existir factores que por las condiciones de género están influyendo en los patrones de consumo de las mujeres en edad adolescente y adulta.

Esta comprobado que en términos epidemiológicos las mujeres son un grupo vulnerado para sufrir violencia en los ámbitos conyugal, familiar, laboral y social, situaciones que repercuten en las esferas psíquica y social influyendo de manera negativa en su estado general de salud.

Es importante destacar además el componente de prevención indicada que tiene este proyecto, ya que tiene la intención de que las mujeres adopten una serie de estrategias que les permitan reducir los daños al consumir alcohol.

Consumo excesivo de alcohol en mujeres jóvenes: un problema de salud pública

Antecedentes

Las intervenciones que se han realizado en la atención a los consumidores explosivos de alcohol se han centrado en modelos de tratamiento que promueven la abstinencia o moderación como metas.

Las terapias cognitivo-conductuales breves han demostrado resultados alentadores en la disminución del consumo de bebedores problemas de alcohol, se ha observado mayor eficacia en bebedores con un patrón de consumo moderado y con dependencia baja al alcohol. En los programas de intervención se incluyen procedimientos para el desarrollo de conductas de auto-control, disminución del patrón de consumo e identificación de situaciones de riesgo (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997). Asimismo, se incluyen componentes motivacionales que favorecen el compromiso del consumidor ante la intervención y el establecimiento de metas terapéuticas particulares para la moderación o la abstinencia. Otro aspecto que caracteriza al modelo de bebedores problema es la brevedad de la intervención, cuyas tareas de entrenamiento se encuentran focalmente dirigidas a alcanzar metas concretas y dentro de tiempos o plazos congruentes con los objetivos.

La motivación al cambio es un factor que favorece la respuesta y el compromiso del consumidor ante la intervención, ésta implica reconocer el patrón de consumo como un problema, identificar las razones y motivos para el cambio, y establecer metas como la moderación o abstinencia del consumo de alcohol. Berg y Miller (1997) desarrollaron una serie de intervenciones psicológicas dirigidas al trabajo con el problema del alcohol, las cuales están basadas en el marco de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones y están dirigidas a favorecer que, el consumidor y el terapeuta identifiquen las “excepciones a la regla” y desarrollen soluciones eficaces para resolver las situaciones problema asociadas al consumo excesivo de alcohol, al centrarse en los recursos personales y contextuales que en el pasado lo han ayudado a moderar su consumo favorece el desarrollo de soluciones eficaces.

Las intervenciones dirigidas a la prevención y tratamiento del consumo de alcohol excesivo en adolescentes sugieren el análisis de diversas variables asociadas a la ingesta excesiva por ocasión, entre éstas destacan el uso del tiempo libre, las actividades sociales y recreativas, la dinámica familiar, las diferencia de género y las conductas antisociales; en este sentido se sugiere el estudio de los diferentes patrones de consumo, con el fin de orientar programas de prevención dirigidos a las especificidades de cada grupo (Tapia-Conyer, Medina-Mora, Sepúlveda, de la Fuente y Kumate, 1990).

Justificación

El uso de alcohol y los problemas relacionados están vinculados con los roles y las expectativas de hombres y mujeres en la sociedad, además de las diferencias biológicas entre géneros en lo que se refiere al metabolismo del alcohol. Tradicionalmente, los hombres beben con mayor frecuencia e intensidad en los países desarrollados y en algunos países en vías de desarrollo los patrones de ingesta de hombres y mujeres están convergiendo en el ámbito urbano. Aunque el uso de alcohol en mujeres está aumentando gradualmente, los programas de tratamiento tienden a enfocarse en los hombres, soslayando a veces las necesidades de las mujeres. Los resultados del proyecto GENACIS (Géneros, Alcohol y Culturas: Un Estudio Internacional) compararon la prevalencia de ingesta en mujeres y hombres en seis países (Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Uruguay y EE.UU.) Los resultados indicaron que los hombres beben más que las mujeres, que la prevalencia de consumo intenso es de tres a cuatro veces más común en hombres que en mujeres y que los géneros y las culturas ejercen fuertes influencias sobre el uso y abuso del alcohol. Como resultado de la globalización, más mujeres están bebiendo, particularmente las jóvenes con mayor nivel educativo y, en consecuencia, algunas están experimentando problemas debido a esta práctica. Estudios sobre muertes relacionadas con el alcohol en la capital de México muestran que en años recientes se ha incrementado el porcentaje de muertes relacionadas con el consumo de alcohol en mujeres. Información proveniente de bases de datos que registran causas de muerte forenses indican que, en 1990, el 10% de los suicidios en mujeres estaba relacionado con alcohol, una cifra que se incrementó a 25% en 1995. En 1990, 3% de mujeres asesinaron a otra persona estando en estado de ebriedad, una cifra que se incrementó a 28.4% en 1995. En 1990, 5.8% de mujeres murieron en accidentes estando en estado de ebriedad y en 1995 esta cifra se había incrementado a 15.5% (Gutiérrez, 2006).

Como puede apreciarse, el consumo de alcohol y los episodios de ingesta intensa son más comunes en hombres y mujeres de todos los países, aunque las diferencias entre géneros varían de un país a otro.

Existen varias diferencias entre hombres y mujeres que deben ser tomadas en consideración, como:

El efecto del alcohol en mujeres

Tanto a las mujeres, como a los niños y a los jóvenes, el alcohol generalmente les afecta más y tienen mayores concentraciones en sangre que los hombres adultos con la misma ingesta de alcohol. Esto se debe a que las mujeres tienden a tener menor peso corporal, hígados más pequeños y mayor proporción de grasa que de músculo.

El estigma del alcohol y la búsqueda de ayuda

Las mujeres tienden a experimentar más estigmas sociales relacionados con el consumo del alcohol que los hombres. En estadísticas de años anteriores se ha demostrado que hay diferencias de género en los entornos en donde beben mujeres y hombres. Las mujeres mayores beben con mayor frecuencia en privado, en contraposición con los hombres, que beben más frecuentemente en lugares públicos; sin embargo es un dato

que se debe tomar con reserva dado que el objetivo de este proyecto es el consumo excesivo en mujeres adolescentes y jóvenes.

Mujeres, alcohol y violencia

Muchas veces las mujeres son las víctimas directas de las consecuencias nocivas de la ingesta en hombres, puesto que comúnmente son el blanco de comportamientos agresivos (Natera et al., 1997; Natera et al., 2005; Medina Mora et al., 1999). Según una submuestra de la Encuesta Nacional de Adicciones en México de 1998, el 47% del número total de mujeres de entre 18 a 65 años de edad en zonas urbanas que viven con sus parejas reportaron haber sido víctimas de violencia en algún momento de sus vidas, donde el alcohol estuvo presente en el 66% de los casos (Medina Mora et al., 1999; Natera y Juárez, 2004). En un estudio multinacional donde se compararon Brasil, Costa Rica, Uruguay y Argentina, los resultados demostraron que existe una relación entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica (Obot y Room, 2005). Los patrones de ingesta están relacionados con la agresión física del perpetrador y los ataques recibidos por la víctima. Los bebedores excesivos tienen mayores probabilidades que los bebedores moderados de ser víctimas de agresión física y atacar a su pareja o cónyuge. Sin embargo, no se comprenden bien ciertas complejidades. Por ejemplo, muchos actos se perpetran sin que el alcohol esté implicado y es muy posible que ciertos factores culturales puedan facilitar un comportamiento más violento bajo la influencia del alcohol.

Alcohol y comportamiento sexual

El consumo de alcohol está asociado con el comportamiento sexual de riesgo. Las mujeres en estado de ebriedad, tanto adolescentes como adultas, son más vulnerables al abuso sexual, lo cual contribuye a la carga de morbilidad en términos de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH.

Los estudios realizados en México, que examinan la interacción entre uso de alcohol y comportamiento sexual que implican riesgos para la infección ITS/VIH, demostraron que se usa el alcohol como pretexto para el comportamiento irresponsable, incluyendo sexo de riesgo. El estudio también demostró el modo en que el alcohol permite a los jóvenes y a los homosexuales “tener valor para abordar a una posible pareja sexual” (OMS, 2005).

Alcohol y embarazo

El consumo de alcohol de la mujer durante el embarazo puede afectar adversamente al feto. Una consecuencia puede ser el desarrollo del síndrome alcohólico fetal, una condición que puede causar una variedad de problemas de salud en recién nacidos y posteriormente en la primera infancia. También se ha demostrado que incluso dosis esporádicas de alcohol durante el embarazo pueden incrementar el riesgo de anomalías congénitas en recién nacidos y pueden causar bajo peso al nacimiento (Jacobson y Jacobson 2002). Además, las mujeres que beben durante el embarazo tienen un mayor riesgo de aborto o parto prematuro. La ingesta intensa también puede comprometer la capacidad de concepción de la mujer (Borges et al, 1997; Berenzon et al., 2007). En un reciente estudio realizado en Uruguay en 2005 (Magri et al., 2007), los análisis de 865 muestras de meconio de mujeres embarazadas revelaron que el 47.3% fueron positivas para alcohol, pero sólo el 35% admitieron haber bebido durante el embarazo.

Marco teórico

El consumo riesgoso y dañino de alcohol es un patrón común en la población mexicana. En México existe la tendencia de incremento en los índices de consumo de alcohol en mujeres. Una de cada 5 mujeres consume de esta forma (ENA, 2002; Observatorio Mexicano del Alcohol y Drogas, 2002).

Siguiendo los datos descritos en varias encuestas (ENA, 2002; SRID, 2006; INJ, 2005) a pesar de existir un consumo de alcohol mayor en hombres, en todos los grupos de edad, se observa un consumo creciente en las mujeres y esto también aplica en las drogas ilegales.

En la Encuesta Nacional de Salud (2000) el 69.4% de los hombres mayores de 20 años y el 58.6% de las mujeres quedan clasificados como bebedores actuales. De acuerdo a la ENA (2002) el consumo de 5 copas o más es más frecuente en hombres (10.5%) que en mujeres (3.4%) y esto aplica en población urbana y rural.

Aunque en los hombres es mayor la prevalencia de consumo y dependencia del alcohol en el último año a la encuesta el consumo problemático de alcohol y sus consecuencias toma una realidad distinta para las mujeres. La condición natural del cuerpo en la mujer no es más importante que la realidad sociocultural en donde se contextualiza la conducta de consumir alcohol.

De acuerdo a la Encuesta de Hogares 2006 el patrón de consumo de alcohol en mujeres es el de bebedor poco frecuente bajo es decir que hubo consumo en el último mes y nunca se tomó cinco copas o más en una sola ocasión. Los hombres presentan un nivel de dependencia mayor (3.77%) aunque habrá que mencionar que las mujeres no difieren significativamente con respecto a ellos (2.75%).

Factores psicosociales influyentes en el consumo de alcohol y drogas

La investigación reciente ha encontrado que el consumo de alcohol está relacionado con el género, es decir, el abuso de esta sustancia es producto de factores que guardan una relación directa con la construcción de género. “El proceso de socialización reproduce paradigmas culturales de feminidad y masculinidad sexistas, a partir de los cuales se promueven actitudes y comportamientos de riesgo diferentes para la integridad física y mental de hombres y mujeres” (CONACE, 2004, p.9). Estructuras sociales como la familia, la escuela, la comunidad tienen la función principal de transmitir y reproducir a través de la educación formal e informal, valores, creencias, actitudes y finalmente comportamientos que construyen y reproducen dichos roles.

En el caso de la mujer mexicana, la crianza y la educación de los hijos constituye un papel propio de su género, siendo la principal encargada de las labores domésticas y de mantener un ambiente afectivo en la familia. Aunque las instituciones cambian y por tanto, las expectativas sobre los comportamientos de cada género también.

Hoy en día surgen otros tipos de familias con mujeres que asumen la doble función de trabajar y cuidar a los hijos, hombres que emigran o están desempleados, parejas que no

tienen hijos, hijos que viven con uno solo de sus padres, abuelas o abuelos que viven con los hijos y los nietos; tíos y tías que cuidan a los sobrinos, parejas homosexuales, hermanos mayores que asumen la responsabilidad de los menores.

En la actualidad, las mujeres trabajan a la par que los hombres, ambos son proveedores del sustento familiar, de hecho, algunos hombres en ciertos periodos o cuando se atraviesan particulares circunstancias se encargan de la crianza y la educación directa de los hijos y las mujeres llevan principalmente el rol de proveedoras económicas. CONACE (2004) señala al respecto que, las demandas y tensiones relacionadas con las expectativas sociales y los mecanismos de ajuste necesarios para contrarrestar estas presiones como los mensajes de mayor autonomía, las opciones y limitaciones para nuevas carreras profesionales o laborales, sumados a una socialización sexista, pueden someter a la mujer a sentimientos de pérdida de control, impotencia y aislamiento social.

Las variables relacionadas con el desarrollo de las adicciones son diversas. La edad, la condición socioeconómica y demográfica determina el tipo y nivel de consumo. El lugar que ocupa la mujer en su ciclo vital es una variable a considerar “las mujeres jóvenes que consumen drogas ilegales comparten códigos ‘de la calle’ con los varones, adaptándose a ellos de manera de ser aceptadas y buscando cierta liberación y desafío” (Moreno, 2004, p. 113). ¿Cuáles son los valores propios de determinada edad en la mujer que rigen sus pensamientos y acciones?, ¿cuáles son los cambios que provocan el abusar de alcohol o alguna otra sustancia adictiva? Conforme ocurren los ciclos de vida, los roles van modificándose.

Las responsabilidades asignadas socialmente se fracturan cuando se desencadena un proceso de adicción. El consumir excesivamente alcohol u otras sustancias entra en conflicto con el ideal de maternidad. Bermúdez (1999) señala que si bien, el papel de madre es comúnmente mitificado, es además una especie de trampa para la mujer pues el deseo de cumplir con su misión la restringe en otras cuestiones de la vida. “Ser mujer y presentar un consumo problemático de drogas constituye un desafío a los estereotipos sociales y culturales de la sociedad sexista”(CONACE, 2004, p. 6). Esto nos lleva a afirmar que hay mayor sufrimiento en las familias donde la madre o la hija tienen problemas de consumo de sustancias.

Medina-Mora, Romero y Gómez (1996) señalan que aunque puede resultar práctico referirse a la mujer adicta, se debe considerar la diversidad de mujeres: la niña, la adolescente, la embarazada, la casada, la lesbiana, la anciana, etc., cada una con una historia: un estilo de vida, un contexto social en el que nace, vive y muere, una filiación de clase, grupo, trabajo o actividad vital.

Su proceso adictivo modifica su relación con la maternidad, la conyugalidad, y su adscripción familiar” (Medina Mora et al., 1996). La comprensión de la realidad subjetiva de cada mujer se vuelve relevante cuando se quiere analizar su consumo de alcohol. La baja autoestima, la represión de sentimientos dolorosos, la falta de privilegios dentro de la familia y de vínculos íntimos afectivos que componen su historia pueden ser afrontados con el alcohol.

Entender el problema de abuso de alcohol en las mujeres requiere revocarse a su condición biológica, identidad e interacción cultural. Wilsnack (2005) en un artículo publicado en el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* sintetiza los aportes de estudios internacionales sobre género y alcohol, destacando que las consecuencias de beber alcohol en la mujer tienen un mayor peso a nivel cultural que a nivel biológico, es decir que, culturalmente son magnificadas las diferencias en el comportamiento relacionado con la bebida debido a la condición de género.

En resumen, los factores psicosociales asociados al consumo de alcohol y drogas en la mujer (Forselledo, 1996) son:

1. Mayor vulnerabilidad física y mental a las sustancias.
2. Tensiones psicológicas, angustia y depresión.
3. Estrés por presiones sociales negativas.
4. Sobrecarga de horarios de trabajo y tareas domésticas.
5. Acceso a interacciones sociales asociadas al consumo de alcohol y tabaco.
6. Codependencia y consumo de alcohol y otras drogas en la pareja.
7. Pérdida de valores y normas familiares protectoras para el consumo.
8. Mayor permisividad social para el consumo.
9. Acoso y abuso sexual.

La presencia de estos factores se relaciona en gran medida por la influencia de asuntos en el ámbito de la vida privada (familiar y de pareja). Thundal y Allebeck (1998) en un análisis multivariado encontraron que las variables más significativas relacionadas con el incremento del riesgo de abuso y dependencia al alcohol son: nunca haber estado casada, pobre satisfacción respecto a la educación y tener dos o más divorcios, no tener hijos menores de catorce años viviendo en el mismo hogar, no tener ocupación y tener dificultades de comunicación en asuntos prácticos.

Otros estudios (Wilsnack, 1997) permiten corroborar que mujeres solteras y/o divorciadas tienden más a consumir excesivamente alcohol que mujeres casadas. También aquellas mujeres abusadas sexualmente en la infancia y adolescencia tienen tres veces más probabilidades de sufrir problemas de alcoholismo. En éste último aspecto, Ramos, Saldivar, Medina-Mora, Rojas y Villatoro (1998) en una investigación sobre abuso sexual y consumo de drogas en estudiantes hallaron que las mujeres víctimas de abuso sexual presentan proporciones más altas de uso continuo de sustancias que los varones y que otras mujeres.

Un estudio reciente (Díaz, Hernández, Narro, Fernández y Solís, 2008) señala que en las mujeres estudiantes universitarias un mayor nivel educativo tanto en el padre como en la madre se relaciona con un incremento en el consumo riesgoso y dañino de alcohol. La mujer no está exenta de la influencia de variables sociodemográficas como educación e ingreso económico que sugieren una mayor accesibilidad al alcohol.

Las mujeres con múltiples roles como las que trabajan, son casadas y son madres pueden tener menos probabilidades de tener problemas de alcohol que aquellas sin tanta variabilidad de roles (Wilsnack, 1986). La privación o pérdida de papeles socioculturales puede aumentar el riesgo de una mujer para abusar de alcohol (Wilsnack, 1987). Estos

datos concuerdan con otras investigaciones (Gomber, 1996) que sostienen que los factores de riesgo entre mujeres adultas que viven solas, divorciadas y separadas tienden a beber mas al igual que mujeres que viven en unión libre o con un compañero sin casarse.

Allamani, Voller, Kubicka, y Bloomfield (2000) consideran en su investigación sobre *culturas que beben y la posición de la mujer en 9 estados Europeos* que la existencia de cambios recientes en los roles en los ámbitos educativos y laborales puede dar lugar a beber en mayor proporción (hipótesis de “emancipación”). A mayor nivel de educación mayor probabilidad de beber. Sin embargo, otro estudio realizado por Gmel, Bloomfield y Alhstrom, Choquet y Lecomte (2000) se encontró que el empleo pagado, por sí mismo o conjuntamente con otros papeles tales como la unión matrimonial y la maternidad, no aumentó la probabilidad de que las mujeres bebieran en mayor proporción (12 o más bebidas por semana).

Violencia y alcohol

La experiencia del consumo de alcohol en la mujer tiene particular relación con situaciones en donde es maltratada. Una historia de maltrato ó bien, el hecho de encontrarse consumiendo la exponen a sufrir diversos tipos de abusos: verbal, físico y sexual (González y Alcalá, 2007).

La historia de violencia familiar determina el autoconcepto, la autoestima y la perspectiva de vida. Cuando existe violencia familiar la mujer puede encontrarse en un estado de vulnerabilidad. Las víctimas de violencia son más tendientes a tolerar abusos, a repetir relaciones donde se expongan al maltrato que les conllevan a una insatisfacción vital. Un historial de agresiones violentas puede aumentar el riesgo de consumo y de trastornos por estrés postraumático u otros problemas de salud mental. El consumo de drogas tiende a aumentar el riesgo de nuevas agresiones (ONU, 2005)

El contacto con alcohol (u otro tipo de drogas) excluye y margina a la mujer de espacios sociales que le generan satisfactores. Medina-Mora, Romero y Gómez (1996) encontraron que las mujeres que comenten crímenes son aquellas que fueron marginadas del trabajo o aquellas que fueron excluidas de las instituciones educativas” (Medina-Mora, Romero y Gómez. Pág. 16, 1996).

Stewart, Prestin y Gómez (2000) afirman que la vida de la mujer adicta está sujeta al sufrimiento de una gran cantidad de traumas personales. Un gran número de mujeres adictas han sido violadas, golpeadas, raptadas y aterrorizadas, lo cual entre otros factores como la depresión, ansiedad, estrés postraumático, sean comorbidos al consumo problemático de sustancias.

La imagen cultural de la intoxicación por alcohol fue objeto de estudio en las sociedades del noreste de Europa que en el caso de las mujeres es visto como un escape a la vida diaria. En este artículo se hace una diferenciación entre naturaleza y cultura como dos fuentes de factores de riesgo en la mujer. La intoxicación por alcohol está asociado con la promiscuidad o conductas no aceptadas por la sociedad en el plano sexual y esta es

precisamente la imagen más preponderante que existe de la mujer cuando tiene intoxicación imagen de no control de su conducta sexual (Bogren, 2008).

Necesidades específicas y barreras en el tratamiento

Según la Norma Oficial Mexicana de la Secretaría de Salud (1999) el tratamiento en materia de adicciones vendría a ser el conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia y en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso do abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de las sustancias psicoactivas, como de su familia.

Wilsnack (2005) indica que los factores biológicos en sí mismos no pueden explicar las diferencias en cómo beben los hombres y las mujeres, lo cual concuerda con otros estudios (Mansmann, Bloomfield & Damm, 1999; Bermúdez, 1999; Rubinstein, 1997) de la actual necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas diferenciadas según las características particulares de poblaciones específicas de mujeres.

Cohen, Appelt, Obrich y Watzl (1979), realizaron un estudio de seguimiento por 18 meses en mujeres alcohólicas tratadas con terapia del comportamiento y encontraron que el resultado del tratamiento no se correlacionaba de manera significativa con la historia de consumo, el fondo social y los factores de personalidad. Además señalaron que cualquier cambio de actitud y comportamiento durante el ajuste natural del sujeto requiere del refuerzo continuo y la corrección ocasional por los terapeutas, más allá del tratamiento, lo cual debiese ocurrir al cabo de 1 o 2 semanas después de que éste termine. Dicha sugerencia nace de la necesidad de que en un tratamiento de adicción al alcohol u otro tipo de droga comúnmente no se lleva a cabo un seguimiento después de la remisión, aunque se sabe que existen diversos factores externos al tratamiento como la distancia, el trabajo, el cambio de vida a nivel familiar y/o social particularmente que influyen en este proceso.

La participación en un programa de recuperación demanda a la mujer quitarse de pena y culpa por consumir. La negación y la culpa juegan un papel clave en este proceso, culpa hacia la vida traumática que ha llevado, culpa hacia la familia que la ha trastornado, culpa por la cultura en la cual se ha desarrollado, etc. la vergüenza y la culpa sentida por la dependencia y su “fracaso” en mostrarse a la altura de los papeles y expectativas sociales hace difícil a la mujer reconocer el problema y solicitar ayuda. Esos sentimientos pueden ser aún mayores cuando la mujer se dedica al trabajo sexual, o bien en los casos en que las madres no pueden atender adecuadamente a sus hijos y en aquellas que viven en sociedades cuyos tabúes culturales en contra del consumo de drogas y alcohol en la mujer están muy arraigados (ONU, 2005).

La culpa y la vergüenza influyen en las expectativas de la familia con respecto al comportamiento de la mujer cuando esta se encuentra en tratamiento. Se espera un cambio y un mejoramiento en sus roles tradicionales. Romero, Gómez y Medina Mora (1996) nos expresan: “es importante que el profesional que esta tratando a las mujeres no mida el éxito únicamente en términos del ajuste estereotipado al rol femenino social,

porque al hacerlo le evita a la paciente el confrontar sus sentimientos sobre la individualidad y la independencia y por lo tanto, se pierde la mejor oportunidad de estudiar cuales son las mejores decisiones y elecciones a tomar en su vida". (Medina- Mora, Romero y Gómez, Pág. 19,1996).

Stewart, Prestin y Gómez (2000) apuntan que los problemas de la mujer dependiente de sustancias incluyen el cuidado de niños, su vivienda, dificultades en las relaciones, asuntos interpersonales legales y trastornos emocionales.

Las modalidades de abordaje en los centros de atención a drogas necesitan integrar sus servicios con una visión de género. Osorio, Ruby, Salazar y Mc Cusker (2001) sugieren que los miembros del equipo de intervención deberían provenir de diferentes profesiones y que el equipo debería tener conocimientos sobre estrategias de intervención familiar, entrenamiento vocacional y social, conocimiento sobre el desarrollo normal del niño, sobre recursos comunitarios y sobre defensa de los derechos del paciente.

En Australia, los programas especializados para la mujer pueden captar a pacientes cuyas características sean distintas de aquellas que asisten a programas mixtos. Este estudio mostró que el programa especializado para mujeres tenía muchas mas posibilidades de captar a las que estaban con hijos a cargo, lesbianas, mujeres con historial de problemas de drogas o alcoholismo de la madre y mujeres que habían sufrido abuso sexual en la infancia. Estos resultados indican que los servicios de tratamiento sensibles a las cuestiones de género posiblemente captan a mujeres que de otro modo no hubieran buscado ayuda para su problemas de uso indebido de sustancias (ONU, 2005)

Por tanto, el equipo interdisciplinario debe ser entrenado en la identificación y el abordaje de la problemática específica de la mujer en estos terrenos de la adicción. El trabajo con la culpa y la vergüenza es tan fundamental como la prevención de factores de riesgo que rodeen su vida cotidiana.

Blume (1986) apunta que las mujeres también encuentran un número de barreras al tratamiento, incluyendo la carencia de las instalaciones de tratamiento para las mujeres, a la exclusión de mujeres embarazadas, a la carencia del cuidado de niños, y a la carencia de un seguro médico adecuado. Las definiciones legales del niño y las leyes referentes a la custodia del niño, pueden actuar como barreras al tratamiento de las mujeres porque al admitir que tienen apego al alcohol, esto puede dar lugar a la pérdida de la custodia o a las acusaciones del niño en referencia a su descuido.

La carencia del cuidado de los niños es una de las barreras que con más frecuencia se relatan por mujeres alcohólicas que acuden a tratamiento (Wilsnack, 2002). En este sentido valdría la pena profundizar acerca de si en realidad existen las alternativas concretas de cuidado en los hijos de las mujeres cuando estas se encuentran en proceso de recuperación.

La confianza en el tratamiento es un elemento que no puede soslayarse, sin confianza difícilmente habrá éxito en un tratamiento. Si el terapeuta no esta envuelto en tratamiento ella lo percibirá. La mujer ha sido criada para complacer, obedecer, reservarse y estas pueden ser variables que determinen la relación con su terapeuta así, algunas mujeres

durante el tratamiento mostraran que su vida cuenta ya con un grado medible de estabilidad, "producto del tratamiento". Bermúdez (1999) nos da algunos conceptos éticos dentro del proceso terapéutico de la mujer: si bien, el terapeuta o la terapeuta tiene una noción del papel de la mujer en nuestra sociedad a través de su historia y sus roles, es necesario que cuando se vayan a tratar aspectos de género dentro de la terapia tome en cuenta las construcciones que de identidad se tienen acerca de la mujer.

Según lo refieren Osorio, Ruby, Salazar y Mc Cusker (2001) en un evaluación realizada de un servicio para mujeres que abusan de sustancias psicotrópicas en Londres, Inglaterra las participantes solicitaron activamente mayor información acerca del uso y abuso de sustancias y que esta fuese entregada en forma de clases, videos informativos, consejo y educación general. En este sentido, es la mujer un agente activo en su proceso de recuperación, no tiene que ser destinada a la discriminación, violencia y a la estigmatización, sobre todo en materia de adicciones.

Las mujeres suelen creer que las necesidades de otra gente son más importantes que las suyas, lo cual puede dificultar el reconocimiento de sus propias necesidades (Plant, 2003).

En la actualidad, la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México se presenta con mayor frecuencia en los hombres. Por cada 49 hombres que solicitan ayuda hay una mujer que lo hace (Bello, Puentes y Medina- Mora, 2008). Una explicación tentativa es que su condición de género representa un obstáculo así como el que los tratamientos de abuso a sustancias en su mayoría están diseñados para la población masculina. Estos datos discrepan en parte con estudios en México que datan 14 años atrás y que afirmaban que existía una mayor sensibilidad en las mujeres para buscar ayuda ante problemas de alcoholismo debido a que la familia y en general la sociedad no tolera a la mujer alcohólica.

La permisividad social (Ortiz, Soriano, Meza y Martínez, 2006) es una variable de importancia en el desarrollo del alcoholismo, mientras que en los hombres es abierta e inclusive explícita en las mujeres es justamente lo contrario, su consumo en espacios sociales es castigado, de tal manera que es más factible llevarlo a cabo en espacios privados.

El papel del apoyo social y familiar en la recuperación

Thundal y Allebeck (1998) señalan que el tratamiento en la mujer con problemas con el consumo de alcohol debe ser dirigido hacia cambios en el estilo de vida, en actitudes hacia el consumo de alcohol en la red social y la vida familiar.

El apoyo social, producto de investigaciones sobre la mujer con problemas de abuso o adicción al alcohol comienza a extenderse. Natera, Mora y Tiburcio (1998) destacan la trascendencia de éste como un coadyuvante fundamental en el proceso de tratamiento y recuperación. La efectividad del apoyo social se evalúa a través de las características de las redes de apoyo, es decir, su tamaño, su densidad, su reciprocidad y complejidad. El contar con apoyo social se relaciona con mayores niveles de bienestar.

La expresión de afectos de las mujeres en nuestro contexto es particular. Cuando la mujer es usuaria se cuestiona si sus roles sociales y familiares son adecuados o no. ¿Qué espera la usuaria de aquellos que están comprometidos con su recuperación?, entiéndase como aquellos a los terapeutas, familiares o amistades, ¿cuál es la actitud y/o evaluación que hacen estas personas con respecto al tratamiento? pues ello influye en el proceso de recuperación.

Las pérdidas familiares debido al consumo son más frecuentes que en el caso de los hombres (González y Alcalá, 2007) y esto influye en la experiencia de acudir a buscar ayuda. Los hombres acuden con mayor frecuencia acompañados o llevados por sus familiares, las mujeres, debido al estigma sociocultural impuesto por el hecho de ser alcohólicas y por problemas relacionados con la familia acuden solas (Gomberg, 1974).

La familia puede ser un reforzador en el consumo y un impedimento en la recuperación. Así, las mujeres cuando empiezan a ver mejorías con el tratamiento pueden tener razonamientos como: “mi vida esta cambiando”, “el abuso de drogas ya no será un problema”, “necesito retomar mi vida de inmediato”. Sin embargo, Moreno (2004) nos advierte que la familia que no contribuye directa o indirectamente como núcleo de apoyo puede convertirse en una barrera amenazante para la recuperación. Rubenstein (1997) encontró que en el análisis de la deserción de tratamientos en adicciones se correlacionan algunos elementos importantes con la incomprensión y sabotaje del tratamiento por parte de la familia y como esto inclusive influye en la calidad de la relación paciente terapeuta. Esto en parte puede deberse a la percepción que algunas familias suelen percibir sobre la decisión de acudir a un centro de tratamiento en el sentido de que al hacerlo se romperá la dinámica de relación y de vida que el usuario en su adicción mantiene con los miembros de la familia. Comúnmente los familiares y el usuario de sustancias tienen la creencia de que el problema de la adicción puede resolverse con los propios recursos. Ante una búsqueda de ayuda, la familia puede sentirse invadida, amenazada y es probable que se de al aislamiento o la deserción del usuario.

El apoyo afectivo de la familia es de suma importancia por su poder de contención sobre todo en estados de crisis lo cual facilita la recuperación pero, éste difícilmente se puede dar cuando los hijos o aquellos que dependen directamente de la mujer son los principales afectados por el consumo. Generalmente, las relaciones entre hijos de mujeres con problemas de adicción al alcohol se caracterizan por el abandono y la frialdad es decir, el ambiente de interacción es en cierto sentido, hostil.

Teoría social cognitiva

Integra técnicas de condicionamiento clásico, operante vicario y cognitivas, considerando los acontecimientos estimulatorios externos y las contingencias que refuerzan y mantienen a la conducta adictiva.

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

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

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

El aprendizaje significa un cambio en el comportamiento. La motivación es un proceso que media el aprendizaje pues tiene la capacidad de reforzar la conducta que lleva al control o adquisición de un nuevo comportamiento. El insumo primario de la motivación entonces es la recompensa, la motivación en sí regula el comportamiento. Bandura indagó a profundidad como sucede esta autorregulación por medio de la autoeficiacia. Que la define como “los juicios de cada individuo acerca e sus capacidades, sobre la base de las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (Bandura, 1987, p. 416).

La autoeficiacia es una creencia que el individuo se hace sobre su capacidad para alcanzar éxito en su conducta. Las soluciones a los problemas son lentas y el aprendizaje es producto de la acción del individuo en un periodo de tiempo. La frecuencia con que se repite una conducta depende no solo de un entrenamiento determinado, la motivación puede afectar por que se trata de un proceso dinámico que afecta de manera inmediata el curso de una acción.

La autoeficacia es entonces un recurso para hacer que una conducta aprendida sea utilizada efectivamente (León y Medina, 2002). Un individuo puede contar con el conocimiento de estrategias de enfrentamiento ante un problema sin embargo, puede sentir poca confianza para utilizarlas en el momento preciso, cuando esto ocurre se dice que el individuo desconfía de su actuación futura. La autoeficiacia entonces, afecta la ejecución de una conducta y puede predecir en cierto sentido el fracaso o el éxito en la búsqueda de una meta.

La historia del aprendizaje en el sujeto da cuenta de los éxitos o fracasos en situaciones problema. Bandura menciona la existencia de cuatro procedimientos psicológicos que actúan sobre la autoeficacia: *experiencias personales de dominio* que aportan información sobre la manera precisa en que debe ejecutarse una tarea y el reforzamiento de la creencia de que se es capaz de lograrlo. La *eficacia Personal*, que se mide por comparación social es decir, la autoeficacia puede evaluarse porque de la comparación social puede obtenerse información que sea útil en la formación de criterios que permitan medir la autoeficacia.

La *persuasión verbal* es otra fuente de origen de la autoeficacia. El sujeto puede ser persuadido por un terapeuta o por un consejero sobre la calidad de la ejecución de sus

habilidades. Este tipo de fuente es efectiva siempre y cuando el contenido verbal tenga sea congruente con la realidad del sujeto. Los *estados fisiológicos* que de acuerdo al autor a mayor activación somática menor rendimiento en la ejecución. El individuo puede tener un nivel de tensión que le afecte o se vea reflejado en algún sentido a nivel físico y esto a determinado plazo puede impactar en su estado de salud. De hecho los cuatro procedimientos se interrelacionan positiva o negativamente para determinar la autoeficacia.

Si un sujeto con problema de abuso de sustancias es incapaz en la mayoría de las veces de resolver problemas cotidianos o bien, específicos, por ejemplo, incapacidad en el manejo de emociones negativas específicas, escasa habilidad para enfrentar la presión social o resolver conflictos con otros es muy probable que se precipiten futuras recaídas (León y Medina, 2002).

La conducta de recaer puede significar varias cosas para el usuario. Depende de la evaluación que éste haga de sus resultados el esfuerzo posterior para el cambio. En el tratamiento de las conductas adictivas una estrategia básica es fortalecer la autoeficacia para prolongar la abstinencia. Durante los periodos de seguimiento el nivel de autoeficacia es un indicador que predice el comportamiento adictivo al correlacionarse si hubo o no consumo, las situaciones de riesgo y su comparación con el nivel de autoeficacia.

Si un usuario se tiene un nivel alto de autoeficacia esto también se relaciona con su nivel de adherencia terapéutica. Si es bajo probablemente ocurra deserción al no percibir casi de inmediato cambios, la percepción del grado de esfuerzo que el usuario tenga con respecto a su proceso de cambio puede impactar su motivación. El compromiso es en este sentido un resultado que debe administrarse en el tiempo, la autoeficacia es un indicador que da cuenta de cómo el usuario mantiene este compromiso en el tiempo independientemente de los estímulos que se le presenten.

La autoeficacia se identifica más con la autorregulación que con el autocontrol. Por que según Bandura (1986) las normas internas y externas regulan el comportamiento. Aunque es pertinente señalar que lo que se refuerza o castiga es la conducta en si no los pensamientos o sus atributos, (Rachlin, 2008) ò las normas internas o externas, estas más bien cumplen un papel mediador. En cambio el autocontrol es más bien una habilidad que da cuenta de que las acciones sean congruentes en este caso con juicios como la autoeficacia que refieren la confianza de que lo que se haga sea exitoso.

Es preciso decir que para determinar que la autoeficacia influye en el éxito o fracaso de una tarea es preciso recurrir a la observación de una muestra considerable de la conducta. La confianza que tenga el sujeto al realizar una acción se va a ver reflejada en la forma en que esta sea producida. El análisis de la secuencia conductual que implica una respuesta global puede ofrecer información que la confirme. El sujeto junto con el terapeuta puede efectivamente autoevaluar la acción de acuerdo a criterios generales previamente establecidos. Bandura (1990) señala que cuando una persona tiene expectativas altas puede tener un impacto más favorable en la consecución de sus metas.

Baldwin (1993) a través de la medición de tres variables relacionadas en un grupo de estudiantes: autoeficacia para evitar el consumo del alcohol, expectativas sobre los

efectos del consumo y la propia conducta de consumo encontró que las puntuaciones bajas en autoeficacia se correlacionaban positivamente con expectativas que favorecían el consumo repetitivo como por ejemplo: mejorar su conducta social y sexual. De manera contraria, altos niveles de autoeficacia se relacionaba con niveles bajos de consumo de alcohol.

Flores (2003) comparó las etapas de motivación para el cambio de consumo en hombres y mujeres estudiantes bajo el modelo de Prochaska y Diclemente (1993). Los hombres suelen estar en una mayor proporción en las etapas de precontemplación y contemplación en comparación con las mujeres quienes se ubican más en las de acción y de mantenimiento. Estas tendencias pudiesen ser un indicador desfavorable para el inicio de un tratamiento para los hombres. Pero sobre todo es importante tener un conocimiento de los motivos que llevan a hombres y mujeres a buscar un tratamiento. Si las mujeres tienden a una mayor motivación para el cambio en las etapas de acción y de mantenimiento puede deberse a un mayor peso de los efectos a nivel cultural y social del consumo. En el caso de los hombres se ha encontrado que cuando solicitan servicio de tratamiento lo hacen más cuando detectan daños a nivel físico atribuidos al consumo. (Flores, 2003).

Una línea de investigación importante es sobre las diferencias dependientes del género respecto a las razones de consumo y la autoeficacia (Flores, 2003). Las creencias transformadas en argumentos a favor o en contra del consumo y aquellas en relación hacia sí mismo alteran las percepciones de motivación y de autoeficiencia. Las atribuciones del por qué se consume son una variable diferencial entre hombres y mujeres. Las mujeres suelen atribuir menos consecuencias positivas al consumo y atribuyen con mayor intensidad consecuencias negativas. El autor destaca la importancia de que los programas de prevención se incluyan dinámicas tendientes a reducir la percepción de los beneficios y a incrementar los costos del consumo, el hecho de que se reporte el que las mujeres estén de alguna manera más concientes de las consecuencias negativas del consumo que los propios hombres no significa que no perciban beneficios específicos y de alto valor para consumir. Se deduce entonces que el que las mujeres que beben en exceso alcohol sepan de la importancia del conocimiento de los riesgos que conllevan el realizar esta conducta (en y por su condición de mujeres) debe ser un eje primordial en las intervenciones de prevención indicada.

Intervención breve

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

Existen numerosos estudios clínicos aleatorizados que indican una alta efectividad de las intervenciones breves en casos de consumo de sustancias. Bien, Miller y Toningan (1993)

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

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

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

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

El uso de cada uno de los componentes debe reflejar las necesidades del usuario. Con el monitoreo se determina el progreso del usuario, una vez concluida la IB al conocer las ganancias y los cambios así como, en ciertos casos, la formulación de un plan de intervención a largo plazo (Thomas, Miller y Tosigan, 1993).

Objetivos del proyecto preventivo

General

Favorecer el reconocimiento, aprendizaje y puesta en práctica de estrategias basadas en la autoeficacia a fin de que mujeres adolescentes disminuyan el consumo explosivo de alcohol.

Específicos

Proceso

- Brindar información sobre riesgos y daños relacionados al consumo explosivo de alcohol en mujeres jóvenes.
- Motivar la reflexión y sensibilización en torno a las características de género que intervienen en el consumo de alcohol que presentan las mujeres de 14 a 17 años.
- Identificar los factores (ambientales y subjetivos) que aumentan la probabilidad de consumo excesivo, para incidir sobre ellos.

Resultados

- Propiciar en el grupo la abstinencia o moderación como opciones de disminución de riesgos.
- Promover la construcción de estrategias particulares que puedan contribuir al alcance de la opción elegida.
- Incrementar la autoeficacia para el control del consumo explosivo de alcohol.
- Sugerir alternativas de entrenamiento para disminuir los daños ante una situación de consumo excesivo.

Metodología de intervención

Población

Grupos de mujeres que presenten un patrón de consumo explosivo de alcohol¹ cuya edad oscile entre los 14 y 17 años, captadas de instituciones escolares de nivel medio superior.

La operación del proyecto preventivo se efectúa mediante acuerdos y convenios interinstitucionales, entre Centros de Integración Juvenil (CIJ) y las autoridades correspondientes; la puesta en marcha se lleva a cabo dentro de las instalaciones escolares con grupos ya formados, el tamaño ideal de los grupos es de 15 a 20 participantes.

Es necesario que antes de la operación del proyecto, exista una comunicación eficiente entre el director del CIJ responsable y las autoridades de las instituciones participantes. Es conveniente además aprovechar los convenios interinstitucionales existentes o favorecer nuevos con el fin de poder captar a la población de interés.

Una forma de promover el proyecto consiste en una presentación de los riesgos y daños asociados al consumo explosivo de alcohol. Para lo cual puede hacerse uso del CD Multimedia en apoyo al Programa Preventivo: “*Para vivir sin drogas*”, así como la información resumida en la ficha técnica y modelo lógico (Anexo 1 y 2).

Modalidad de intervención

El proyecto se enmarca dentro de la prevención selectiva, las personas a las que está dirigido representan un grupo de sujetos que se encuentran bajo un factor de exposición que define el riesgo para el consumo de alcohol. Además cuenta con un componente de prevención indicada ya que en caso de que las participantes se encuentren en una situación de consumo reforzaran estrategias para disminuir daños y riesgos. La intervención preventiva es a través de un taller para mejorar la autoeficacia de adolescentes y jóvenes cuya edad oscile entre los 14 y 17 años.

Plan de acción

Este proyecto consta de tres fases principales:

1. Detección de necesidades y tamizaje

La detección de necesidades², es una estrategia en el trabajo preventivo que permite identificar las características y necesidades particulares del grupo a intervenir, especialmente los riesgos, daños y casos de consumo (en este caso, uso de alcohol).

¹ Este criterio se define a partir de parámetros cuantitativos: patrón de consumo (frecuencia y/o cantidad de copas semanales o por ocasión de consumo). Para el caso más de 3 copas por ocasión de consumo y/o más de 9 por semana (Medina-Mora *et al*, 1997).

² La Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM-028-SSA2-1999) define a la *detección temprana* como la estrategia preventivo-terapéutica que combina la identificación de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas con el tratamiento oportuno.

En el proyecto preventivo se utiliza como estrategia de detección de necesidades, la aplicación de dos cuestionarios de tamizaje: AUDIT y la Escala Exploratoria de Alcohol³ (Anexo 3).

A partir del tamizaje (aplicación de cuestionarios) se identifican de manera oportuna los riesgos potenciales, casos de consumo excesivo, abuso o dependencia de alcohol, y de ser necesario, se llevan a cabo los procedimientos correspondientes de canalización oportuna⁴.

2. Intervención

Consta de seis sesiones semanales de sesenta minutos de duración, es un curso-taller en la que se brinda información, se promueven estrategias y refuerzan métodos de reducción de daños y riesgos.

3. Seguimiento

Consta de dos sesiones que permitan verificar y retroalimentar sobre las metas y mantenimiento de los resultados del programa. Su programación es mensual (primera sesión) y trimestral (segunda).

³ Cuestionarios incluidos en el Disco compacto de instrumentos de tamizaje, incluido en el manual *Detección temprana y canalización oportuna*. México, CIJ-Dirección de prevención.

⁴ Revisar procedimientos desarrollados en el manual: Centros de Integración Juvenil (2010) *Detección temprana y canalización oportuna en prevención de adicciones*. México, CIJ-Dirección de Prevención.

Contenidos

1. Riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol.

- Conflictos familiares: discusiones, castigos, distanciamiento.
- Dificultades sociales: agresiones, peleas, burlas, hacer el ridículo.
- Problemas escolares: ausentismo, bajo rendimiento académico, reportes, expulsión.
- Comportamientos sexuales de riesgo: cópula sin protección, contagio de ETS y VIH, embarazo no deseado, violación.
- Accidentes de tránsito: infracciones, detenciones, daños a terceros, lesiones, muerte.
- Dificultades económicas: dinero destinado para alimentos, transporte, libros, etc., utilizado para consumo de alcohol.
- Problemas de salud: mareo, náusea, vómito, dolor de cabeza, pérdida de conciencia.
- Congestión alcohólica.

2. La moderación o abstinencia como metas de uso responsable (o no uso) de alcohol.

- Consumo de riesgo.
- Ventajas del consumo moderado o abstinencia.
- Ventajas exclusivas de la abstinencia.
- ¿Quiénes son las candidatas a la moderación?
- ¿Quiénes son las candidatas a la abstinencia?

3. Situaciones que favorecen el consumo excesivo de alcohol.

1. Subjetivas:

- Desinhibición y expresión de emociones y sentimientos.
- Imagen y estereotipo social.
- Manejo de ansiedad y depresión.
- Afrontamiento de conflictos (familiares, escolares, pareja, amigos).

2. Ambientales:

- Disponibilidad (fácil acceso, invitaciones).
- Componente en actividades sociales.
- Diversión, uso recreativo.
- Uso del tiempo libre.
- Presión social.
- Pertenencia a un grupo
- Reafirmación de la igualdad de género.
- Ausencia o escasa supervisión familiar.
- Rebeldía ante reglas y figuras de autoridad.

4. La fiesta saludable

- Estrategias para el consumo moderado de alcohol.
 - Ingerir alimentos y botanas.
 - No rebasar el límite de bebidas con alcohol.
 - Alternar el consumo de bebidas con y sin alcohol.
 - Beber poco a poco: a tragos cortos y aumentando el tiempo entre uno y otro.
 - Cuando no se bebe dejar el vaso en la mesa o barra.
 - Realizar paralelamente otras actividades: jugar, bailar, conversar.
 - No beber con la intención de cambiar el estado de ánimo.
 - Evitar la compra o acceso de alcohol extra.

- Alternativas para disminuir los riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol.
 - No rebasar el límite del consumo de riesgo.
 - No conducir automóviles o transportarse con un conductor alcoholizado (optar por conductor designado).
 - Evitar situaciones que desemboquen en un encuentro sexual no deseado.
 - En caso de tener relaciones sexuales, utilizar preservativo.
 - Prescindir de consumir alcohol en lugares de riesgo (vía pública, escuela, lugares alejados).
 - Observar la procedencia y preparación de la bebida ingerida, ante el riesgo de consumir bebidas adulteradas y combinación con otras drogas.

5. Respuestas para conseguir la meta: abstinencia o moderación en el consumo de alcohol

- Escape.
- Evitación.
- Contar el número de copas.
- Consumir una copa por hora.
- Evitar situaciones sociales específicas.
- Alto al pensamiento (parar el pensamiento).
- Modelamiento de frases asertivas.

Recursos humanos y recursos materiales

El proyecto debe conducirse por un miembro del equipo técnico operativo, cuyo perfil profesional se encuentre dentro del área de la salud (psicología, trabajo social, medicina), es conveniente que cuente con experiencia en el manejo de grupos, aplicación de técnicas de cognitivo-conductuales y conozca ampliamente el programa preventivo institucional. Es recomendable hacer uso del recurso voluntario (servicio social) como apoyo. La puesta en marcha, requiere un aula con iluminación y ventilación adecuada, cuyo espacio sea suficiente para realizar actividades grupales. También es preciso contar con un pintarrón o pizarrón, plumones, gises, masking tape, borrador, lápices, hojas de papel bond.

Recomendaciones especiales

Debido a que las candidatas presentan un problema asociado a estigma, es importante evitar éste dentro de los ámbitos de desarrollo de las participantes. Para lograrlo es necesario garantizar la confidencialidad, el correcto manejo de los datos de las usuarias; y el respeto y apoyo sostenido durante la intervención.

Respecto a la operación del proyecto se recomienda lo siguiente:

- Formalizar acuerdos y compromisos recíprocos por escrito, respecto a la asignación de apoyos logísticos para la puesta en marcha de la intervención (aula, horario y grupo o grupos a intervenir).
- Calendarizar la intervención dentro de un ciclo escolar completo, donde se consideren vacaciones, días festivos y fin de cursos, a fin de que se garanticen las actividades de seguimiento y reforzamiento (mensual y trimestral).
- Especificar las características de la población (mujeres entre 14 y 17 años de edad), en caso de que solicite la atención a varones, es preciso llevar a cabo otra actividad preventiva para adolescentes⁵.
- Acordar el tamaño ideal de los grupos (8 a 20 asistentes), en caso de ser mayor es necesario dividirlo y llevar paralelamente otro proceso preventivo.
- Sugerir la inclusión del proyecto preventivo como complemento de alguna asignatura académica obligatoria u opcional relacionada con el cuidado de la salud.
- Garantizar la asistencia de las estudiantes, a través de las siguientes acciones: recordar al final de cada sesión la fecha, hora y lugar de la próxima reunión, señalar la importancia de la puntualidad y solicitar apoyo de las mismas estudiantes para convocar a otras.
- Considerar que el taller sea intensivo, sesionar dos veces por semana o diariamente.
- Asegurar aspectos éticos y confidencialidad en el manejo de la información que proporcionan las participantes.
- Mantener un clima de respeto, tolerancia y libre de censura al interior del grupo.

⁵ Proyecto de Orientación Preventiva para Adolescentes (OPA) inserto dentro del marco de prevención universal del programa preventivo de Centros de Integración Juvenil, A. C.

Desarrollo de las sesiones

SESIÓN 1: Riesgos y daños asociados al consumo de alcohol

Objetivo general	Objetivos particulares	Tema	Subtemas	Técnicas	Materiales	Tiempo
Sensibilizar a las participantes respecto a los riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol	Promover la integración del grupo	Consumo excesivo de alcohol	Bienvenida	Expositiva		5'
	Favorecer un clima de confianza y conocimiento grupal		Presentación de las participantes	“Los engranes”	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas • Masking tape • Plumones 	10'
	Dar a conocer los objetivos del proyecto, periodicidad de las sesiones y reglas de convivencia		Encuadre	Expositiva. Lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio con los objetivos del taller • Pintarrón • Plumones 	5'
	Evaluar el nivel de riesgo que presentan las asistentes		Detección de necesidades	Aplicación de cuestionarios	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios • Bolígrafos 	25'
	Reconocer los riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol		Riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol	“Construyendo una historia”	<ul style="list-style-type: none"> • Objeto que represente a una mujer adolescente⁶ • Pintarrón • Plumones 	14'
			Cierre de sesión	Expositiva		1'

1. Bienvenida (5')

El/la facilitador(a) inicia la sesión presentándose ante el grupo y expresa su interés por iniciar un curso que representa una oportunidad de promover la salud y la prevención del consumo de alcohol en las asistentes.

2. Presentación de las participantes (10')

Técnica: “Los engranes”

El/la facilitador(a) entrega tarjetas a las participantes, les solicita que escriban en ellas su nombre y las coloquen a la vista de las demás. Posteriormente pide que formen dos círculos concéntricos, con el mismo número de participantes en cada uno. Cada joven

⁶ Se incluye una imagen sugerida en el Anexo la sección de anexos.

debe quedar enfrente de otra, mirándose a la cara para tener oportunidad de conversar sobre algún aspecto de su persona (ejemplo: gustos, intereses, hobbies, etc.). Tendrán 30” para la presentación, concluyendo el/la facilitador(a) indica que roten a la derecha, para que realicen la misma actividad con una nueva compañera. Una vez que la totalidad haya interactuado en ambos círculos, el/la facilitador(a) hace una breve integración de la experiencia a partir de los comentarios que expresen las participantes.

3. Encuadre (10’)

De forma previa a la sesión, el/la facilitador(a) escribe en hojas de rotafolio los objetivos del curso, los cuales serán presentados a las asistentes y funcionan para disipar dudas. De forma verbal el/la facilitador(a) indica la periodicidad de las sesiones, duración, horario y lugar. A partir de lluvia de ideas se construirán las reglas de convivencia para el grupo, favoreciendo las que sean consensuadas y apoyen el desarrollo del proceso preventivo.

4. Evaluación inicial (25’)

El/la facilitador(a) aplica los cuestionarios para la detección de necesidades. Para su correcta ejecución supervisa que todas las participantes cuenten con el material necesario para contestar. También disipa dudas en torno a las preguntas y formas de respuesta, evitando inducirlas. Garantiza que todas contesten el cuestionario de forma adecuada, legible y completa.

5. Riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol (24’)

Técnica: “Construyendo una historia”

De forma previa a la sesión el/la facilitador(a) llevará un objeto (muñeca, barbie, recorte de revista con una foto, un dibujo, etc.) que represente a una mujer joven⁷. Pide que se sienten en círculo e inicia la narración de una historia donde la protagonista consume alcohol de forma excesiva. A continuación se presenta un ejemplo: “Ella se llama Sofía, tiene 18 años e irá a una fiesta en la noche por lo que se está arreglando...”; la asistente que se encuentre a su derecha continuará con la historia, retomando el discurso anterior, y así sucesivamente hasta concluir con la intoxicación de la protagonista.

El/la facilitadora escribe en el pizarrón o en hojas de rotafolio, los puntos clave que señalan riesgos y daños asociados al consumo de alcohol para enfatizarlos y destacar los efectos negativos del consumo excesivo de alcohol.

⁷ En la sección de anexos se incluye una propuesta.

Ficha técnica 1

Riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol

Existen consecuencias inmediatas a un episodio de uso excesivo de alcohol, que pueden afectar diversas áreas del funcionamiento del consumidor; entre ellas se encuentran las siguientes:

- Manifestaciones fisiológicas aversivas, tales como: dolor de cabeza, náusea, vómito, mareo y alteraciones digestivas.
- Trastornos cognitivos y psicomotores como: lagunas mentales, lentitud de reflejos, menor coordinación motora, lenguaje farfullante, alteración de la capacidad de juicio y dificultad para valorar una situación.
- Mayor incidencia de accidentes automovilísticos. En México el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA, 2007), reporta que el 22% de los accidentes en auto asociados al uso de alcohol provocan la muerte, mientras que el 18% ocasiona lesiones.
- Problemas económicos. Es frecuente que el presupuesto que se destina a gastos educativos y de manutención sea limitado, si a esto le sumamos que pueda ser empleado en la adquisición de bebidas embriagantes, el resultado será que no se cubran estas necesidades.
- En un estudio multinacional donde se compararon Brasil, Costa Rica, Uruguay y Argentina, los resultados demostraron que existe una relación entre el consumo de alcohol y la violencia doméstica (Obot y Room, 2005). Los patrones de ingesta se asocian con la agresión física del perpetrador y los ataques recibidos por la víctima. Los bebedores excesivos tienen mayores probabilidades que los moderados de ser víctimas de agresión física y atacar a su pareja o cónyuge.
- El consumo de alcohol está asociado con el comportamiento sexual de riesgo. Las mujeres en estado de ebriedad, tanto adolescentes como adultas, son más vulnerables al abuso sexual, la posibilidad de un embarazo no deseado y el incremento del riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH.

En el caso de las mujeres, se observan lo siguiente:

- El alcohol les afecta más, llegando a tener mayores concentraciones en la sangre que los hombres adultos con la misma ingesta de alcohol. Esto se debe a que las mujeres tienen menor peso corporal, hígado más pequeño y mayor proporción de grasa que de músculo.
- Las mujeres tienden a experimentar más estigma social relacionado con el consumo del alcohol que los hombres. En términos sociales y culturales, la mujer adicta, además de experimentar la carga que representa esta enfermedad, tiene que enfrentar el rechazo ya que se le asocia con: promiscuidad sexual y ausencia de valores y principios.

6. Cierre (1')

El/la facilitador(a) realiza conclusiones sobre lo discutido en la sesión, se despide y promueve el compromiso para asistir a la siguiente sesión.

SESIÓN 2: La moderación o abstinencia como metas de uso responsable (o no uso) de alcohol

Objetivo general	Objetivos particulares	Tema	Subtemas	Técnicas	Materiales	Tiempo
Promover la abstinencia o moderación en el consumo de alcohol como metas viables para el manejo responsable de la sustancia	Evaluar costos y beneficios de la abstinencia o moderación	Abstinencia o moderación como metas de uso (o no uso) de alcohol	Encuadre	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • Pintarrón • Plumones 	10'
	Propiciar la toma de decisión sobre la necesidad de cambio en torno a la ingesta de alcohol		Toma de decisión sobre patrón de consumo	“Una decisión inteligente”	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de rotafolio • Cinta adhesiva • Plumones • Crayones 	40'
	Establecer una meta de consumo particular que fungirá como eje directriz de los esfuerzos preventivos de la intervención		Meta de consumo	“Mi compromiso”	<ul style="list-style-type: none"> • Formato⁸ 	10'

1. Encuadre (10')

El/la facilitador (a) recibe a las asistentes y fomenta un clima agradable haciendo un recuento de los contenidos revisados la vez anterior. Al finalizar menciona que el objetivo central de esta sesión es evaluar los costos y beneficios de disminuir el consumo de alcohol con el fin de tomar una decisión. Para que conozcan las dos opciones de patrón de consumo responsable, explica de forma breve y concreta, las definiciones de: consumo moderado, excesivo y abstinencia.

Ficha técnica 2

Consumo moderado y excesivo de alcohol en mujeres

El patrón de consumo se define como la cantidad de ingesta de alcohol en un determinado tiempo (semana u ocasión). La forma de consumo se asocia a una serie de riesgos y daños futuros para la salud física y mental de las adolescentes y jóvenes, aun cuando no se traduzcan en problemas médicos o psiquiátricos en la actualidad.

⁸ El formato se incluye en la sección de anexos.

En función de los problemas que puede generar el consumo de alcohol, se identifican los siguientes patrones de consumo⁹ en mujeres:

Consumo	Cantidad por semana	Cantidad por ocasión
Moderado de riesgo bajo	< 9 UBEs / semana	≤ 2 UBEs / ocasión
Excesivo de riesgo *	≥17 UBEs / semana	≥ 3 UBEs / ocasión

(*) Se considera consumo de riesgo, toda ingesta de alcohol en menores.

La unidad de bebida estándar (UBE), indica el contenido medio de alcohol en las formas más frecuentes de consumo.

1 UBE = 10 gr. de alcohol puro

Bebida	Cantidad	UBE
1 copa de vino	100 cc.	1
1 cerveza	200 cc.	1
1 "caballito"	25 cc.	1
½ copa de bebida destilada	50 cc.	2

Abstinencia: Ausencia de consumo de alcohol.

Uso moderado: Degustación de una o dos UBE's por ocasión. Consumo que no genera problemas ni se asocia a situaciones de riesgo.

Consumo de riesgo: Ingesta mayor o igual a tres UBE's por ocasión, con frecuencia se presentan signos de embriaguez que ocasionan problemas: individuales, familiares, escolares y/o sociales. Uso asociado a situaciones de riesgo para el individuo o terceros. El uso de alcohol en menores, en todos los casos se considera de RIESGO.

Consumo excesivo o problema: Ingesta superior a tres UBE's en un período corto de tiempo (el tiempo sugerido para metabolizar el alcohol es de una hora, entre una bebida y otra). El consumo de alcohol que conlleva a signos de intoxicación como: dificultades en la coordinación y equilibrio, habla y visión difíciles, confusión mental y alteraciones en el juicio, generan en los adolescentes problemas: individuales (sexo sin protección, contagio de VIH, embarazo no deseado, violación); familiares (castigos, discusiones, distanciamiento, violencia); escolares (ausentismo, reportes, baja) y legales (infracciones por conducir bajo efectos de alcohol, accidentes, lesiones, muerte).

2. Toma de decisión sobre patrón de consumo (40')

Técnica: "Una decisión inteligente"

El/la facilitador(a) solicita que formen equipos de tres personas. Proporciona a cada uno de ellos el material necesario para la actividad (tres hojas de rotafolio con cinta adhesiva, marcadores y plumones o crayones). Indica que tracen una silueta sobre el papel y asignen un nombre a la joven que representa. Señala que deben dividirla en tres

⁹ Este criterio se define a partir de parámetros cuantitativos: patrón de consumo (frecuencia y/o cantidad de copas semanales o por ocasión de consumo). Para el consumo de riesgo son más de 3 copas por ocasión de consumo y/o más de 9 por semana (Medina-Mora et al, 1997).

secciones de un tamaño similar. En el fragmento uno, se escriben los beneficios de la moderación, en el dos los de la abstinencia y en el tres los compartidos. Fuera de la figura se escriben los probables costos de la abstinencia y moderación, cuidando que se plasmen de forma contigua los beneficios.

En la construcción del contenido de la silueta, el/la facilitador (a) retroalimenta para señalar los que no han sido considerados y transformar los probables costos en posibles beneficios.

Ficha técnica 3

Beneficios del consumo moderado y abstinentes de alcohol

- Ventajas del consumo moderado o abstinencia:
 - Elección respecto al tipo de consumo conveniente: moderado o abstinentes.
 - Control personal sobre la forma de beber (número de copas y mayor espaciado entre un trago y otro).
 - Habilidades sociales, sin necesidad de utilizar medios artificiales para desinhibirse en la interacción.
 - No tener alteración en la conciencia del juicio, lo cual permite responder y funcionar óptimamente, evitando el riesgo de participar en situaciones vergonzosas.
 - Ausencia de resaca y malestar físico al día siguiente, lo cual no limita realizar otras actividades.
 - Dinero destinado al alcohol, puede ser utilizado en necesidades prioritarias.
 - Evitación de riesgos con consecuencias irreversibles (contagio de VIH, lesiones o muerte por accidentes automovilísticos, entre otros).
 - Si los padres tienen conocimiento de las habilidades de autocontrol y toma de decisiones del adolescente, disminuyen conductas de sobreprotección, vigilancia y control.
 - No consumo de calorías extras por ingesta de bebidas con alcohol (cerveza y bebidas dulces).
 - Conservación de la salud física.
- Ventajas exclusivas de la abstinencia:
 - Elimina totalmente la conducta problema.
 - Total autocontrol sobre la ingesta de alcohol.
 - Evita riesgo futuro de dependencia o abuso de alcohol (historia familiar de problemas por alcoholismo).

Para finalizar, el/la facilitador(a) invita a un equipo a compartir su lámina y solicita a todo el grupo que ayuden a decidir qué es más conveniente para el personaje; puede formular la siguiente pregunta: *¿Qué le conviene más a (nombre) moderar o abstenerse en el consumo?*

4. Meta de consumo (10')

Técnica: "Mi compromiso"

El/la facilitador(a) reparte un formato donde de forma privada, las jóvenes escriben los beneficios y costos de la moderación o abstinencia en su vida y anota su compromiso para lograr la meta más conveniente a su condición particular.

SESIÓN 3: Situaciones que favorecen el consumo de alcohol

Objetivo general	Objetivos particulares	Tema	Subtemas	Técnicas	Material	Tiempo
Generar la detección de situaciones que favorecen el consumo excesivo de alcohol, para incidir sobre ellas	Dar a conocer el objetivo de la sesión	Situaciones asociadas al consumo excesivo de alcohol	Encuadre	Expositiva.		4'
	Reconocer situaciones subjetivas y ambientales asociadas al consumo excesivo de alcohol		Subjetivas <ul style="list-style-type: none"> - Expresión de emociones y sentimientos - Imagen y estereotipo social - Manejo de ansiedad y depresión - Afrontamiento de conflictos 	Lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none"> • Pintarrón • Plumones 	15'
	Transformar situaciones subjetivas y ambientales que favorecen el consumo excesivo de alcohol en protectoras.		Ambientales <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad. - Componente social - Diversión - Presión social - Pertenencia a un grupo - Igualdad de género - Ausencia o escasa supervisión familiar - Rebeldía ante figuras autoridad 	“Escribiendo y re-escribiendo historias”	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas: <ul style="list-style-type: none"> - Imagen y estereotipo social - Diversión y uso del tiempo libre 	40'
			Cierre	Expositiva		1'

1. Encuadre (4')

Al inicio de la sesión el/la facilitador(a) recibe a las asistentes, reconoce su puntualidad e interés por asistir a la sesión. Hace un resumen de lo acontecido en la reunión anterior. Explica brevemente que las actividades se enfocarán a detectar las situaciones que favorecen el consumo excesivo de alcohol entre las adolescentes.

2. Situaciones asociadas al consumo excesivo de alcohol

Técnica: Lluvia de ideas (15')

El/la facilitador(a) pide a las asistentes que expresen su opinión respecto a lo siguiente:

¿Qué situaciones propician el consumo excesivo de alcohol en las adolescentes?

¿Cuáles son de carácter personal? (Aquellas que sólo atañen a las jóvenes).

¿Cuáles están relacionadas con: amigos, familia, escuela y lugares que acostumbran frecuentar?

El/la facilitador (a) propicia la participación y disipa dudas sobre las preguntas, con el objetivo de conocer con mayor amplitud la percepción del consumo excesivo de alcohol en las adolescentes. Paralelamente a las intervenciones, escribe en el pintarrón las ideas principales y las clasifica en situaciones subjetivas y ambientales.

Al finalizar esta actividad, destaca que para las adolescentes (y otros grupos poblacionales), el consumo de alcohol es un componente de la vida cotidiana, social y recreativa, lo cual minimiza la percepción de riesgos y las señales de alerta para detectarlos.

Ficha técnica 4

Situaciones que favorecen el consumo excesivo de alcohol en jóvenes y adolescentes

a) Subjetivas

- Desinhibición en la convivencia social. El consumo de bebidas alcohólicas con frecuencia se usa como vía para la expresión de emociones y sentimientos.
- Moda y estereotipo social. En espacios sociales, culturales y económicos, se atribuye al uso de tabaco y alcohol una imagen favorable.
- Afrontamiento de conflictos. El uso de alcohol comúnmente se relaciona con estrategias negativas para enfrentar problemas familiares, escolares, sociales y de pareja.
- Manejo de estrés, ansiedad y depresión. Problemas de carácter emocional como: estrés, intranquilidad, ansiedad, tristeza, melancolía, desgano, entre otros, se asocian al uso de alcohol, tabaco u otras drogas.

b) Ambientales

- Disponibilidad. Fácil acceso al consumo de bebidas alcohólicas en contextos familiares, sociales, escolares y recreativos.
- Componente en actividades sociales. El alcohol está presente en diversas prácticas humanas, como festejos, reuniones, celebraciones religiosas, etc.
- Diversión y uso recreativo. Escasas opciones de actividades lúdicas y de esparcimiento, así como el empleo de lugares recreativos y deportivos para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

- Uso del tiempo libre. El desconocimiento de opciones de esparcimiento, propicia que sólo se considere como opción preferente de diversión el consumo de bebidas alcohólicas.
- Presión social. La invitación del grupo de pares influye en el inicio del consumo de alcohol, así como la mayor ingesta de esta sustancia.
- Pertenencia a un grupo. El uso de bebidas embriagantes se ha convertido en un factor de pertenencia o exclusión en los grupos de jóvenes y adolescentes.
- Reafirmación de la igualdad de género. El incremento del consumo de alcohol en mujeres, es considerado por las jóvenes como una conquista de espacios anteriormente masculinos. El uso de bebidas alcohólicas se da en grupos de mujeres y mixtos.
- Permisividad y aceptación. Contextos familiares, escolares y sociales tolerantes al uso de alcohol, donde esta sustancia es considerada como un elemento “normal” y componente de la interacción.
- Ausencia o escasa supervisión familiar. Escaso o nulo interés de los/las padres/madres en las actividades y lugares que frecuentan los/las hijos(as) adolescentes, lo cual favorece el desconocimiento de riesgos psicosociales a los que se exponen los hijos(as).
- Rebeldía ante reglas y figuras de autoridad. Tendencia de los adolescentes a romper y medir el alcance de los límites establecidos en el ambiente familiar, escolar y legal.

Técnica: “Escribiendo y re-escribiendo historias” (40’)

El/la facilitador(a) forma dos equipos con igual número de integrantes y entrega a cada quien una tarjeta con alguno de los temas siguientes:

- La protagonista bebe alcohol en exceso, debido a una situación relacionada con la búsqueda de imagen, moda y estereotipo social.*
- El personaje principal consume alcohol en exceso, como una práctica asociada a la diversión y el uso del tiempo libre.*

Indica que cada equipo deberá representar una escena basada en el tema de la tarjeta recibida. Tienen 10’ para planear la escena y 3’ para representarla.

El/la facilitador(a) establece el turno para las representaciones, cuidando que se respete el tiempo límite.

Al finalizar, propicia la discusión en el grupo sobre el contenido de las historias y pregunta: *¿qué proponen para modificar el final de cada historia?* Posteriormente escucha las opiniones de las asistentes; sugiere hacer una modificación en las historias, representarlo nuevamente y añadiendo los finales que propone el grupo.

3. Cierre (1’)

El/la facilitador(a) realiza conclusiones sobre lo realizado en la sesión, se despide y promueve el compromiso para asistir puntualmente al siguiente encuentro.

SESIÓN 4: La fiesta saludable

Objetivo general	Objetivos particulares	Tema	Subtemas	Técnicas	Materiales	Tiempo
Promover la construcción de estrategias que contribuyan al alcance del consumo moderado o abstinente de alcohol	Dar a conocer el objetivo de la sesión	La fiesta saludable	Encuadre	Expositiva		5'
	Identificar conductas que dificulten la abstinencia o uso responsable de alcohol		Dificultades para el consumo responsable o abstinencia de alcohol	Lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none"> • Pintarrón • Plumones 	10'
	Construir estrategias que promuevan la abstinencia o uso responsable de alcohol		Estrategias de autocontrol en la ingesta de bebidas alcohólicas: <ul style="list-style-type: none"> • auto-observación • auto-evaluación • auto-reforzamiento 	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio 	15'
			Construcción de estrategias	“La fiesta”	<ul style="list-style-type: none"> • Dibujo, fotografía, muñeca, etc. que represente a una adolescente • Hojas blancas • Lápices o bolígrafos 	25'
			Cierre			5'

1. Encuadre (5')

El/la facilitador(a) saluda y reconoce la participación que han mostrado durante el desarrollo de las actividades. Explica brevemente que el objetivo de esta sesión es identificar las dificultades para moderar o abstenerse en el consumo alcohol, así como generar estrategias para lograr un consumo responsable o abstinente de esta sustancia.

2. Dificultades para el consumo responsable o abstinencia de alcohol (10')

Técnica: Lluvia de ideas

El/la facilitador(a) pregunta a las asistentes qué piensan sobre los siguientes cuestionamientos: *¿qué obstáculos se le pueden presentar a una joven que desea moderar el consumo de alcohol?* y *¿qué dificultades podrían presentarse si elijen abstenerse de beber alcohol?*

Propicia la participación activa; escribe en el pintarrón las ideas centrales y las clasifica de acuerdo a la meta: consumo moderado o abstinentes de alcohol. Toma la información de esta actividad para continuar con la exposición del siguiente subtema.

3. Estrategias de autocontrol en la ingesta de bebidas alcohólicas (15')

Técnica: Expositiva

El/la facilitador(a) elabora, de forma previa, un rotafolio con las estrategias de autocontrol para lograr la meta deseada en el consumo de alcohol. Explica que la mayoría de los obstáculos y dificultades que enfrenta una persona que bebe en exceso, se asocian a insuficientes habilidades de control personal. Existen tres estrategias básicas que ayudan a una persona a obtener control sobre su forma de beber:

1. *Observarse en todo momento* (auto-observación).
2. *Reconocer los límites propios y no rebasarlos* (auto-evaluación).
3. *No apresurarse, actuar con pausa y sin prisa* (auto-reforzamiento). Controlar la tendencia a buscar gratificación inmediata: bebida con alcohol y sus efectos.

Retoma la lista de obstáculos para moderar y rechazar el consumo de alcohol, pregunta a las asistentes *¿qué acciones sugieren para lograr la meta en el consumo?*; señala alguna estrategia, definiéndola en términos de conducta.

Ficha técnica 5

Estrategias de autocontrol para moderar o abstener el consumo de alcohol

- Ingerir alimentos y botanas.
- No rebasar el límite de bebidas con alcohol. (consumo moderado en mujeres \geq a 2 copas por ocasión).
- Alternar consumo de bebidas con y sin alcohol. Beber mucho agua.
- Beber poco a poco: tragos cortos y aumentando el tiempo entre uno y otro.
- Cuando no se bebe, dejar el vaso en la mesa o barra.
- Realizar paralelamente otras actividades: organizar juegos, bailar, conversar, conocer a gente nueva.
- No beber con la intención de cambiar el estado de ánimo.
- Evitar la compra o acceso de alcohol extra.

4. La fiesta saludable (25')

Técnica: “La fiesta”

Previo a la sesión, el/la facilitador(a) lleva un objeto (foto, muñeca, dibujo, etc.) que represente a una adolescente¹⁰. Dice a las asistentes que la siguiente actividad se basa en la historia de Mariana. Inicia la narración: *“Mariana es una joven de 18 años de edad.*

¹⁰ En la sección de anexos se incluye un ejemplo.

En las últimas fiestas a las que ha ido, ha tenido problemas para controlar su forma de beber, a consecuencia de esto, tuvo problemas con su familia -la castigaron un mes sin salir a fiestas, amigos –peleó con su mejor amiga, y tuvo relaciones sexuales sin protección; por tal motivo, ella decidió moderar su consumo de alcohol, pero no sabe cómo lograrlo ¿qué estrategias le sugerirías para alcanzar su meta?”.

Pide a los equipos que elaboren una lista de estrategias para moderar o abstener el consumo de alcohol, basadas en las técnicas de control personal revisadas en la actividad precedente. Indica que tienen un tiempo máximo de 10’.

Posterior al límite de tiempo, el/la responsable de la actividad invita a cada equipo a leer su listado de estrategias y escribe la idea central en el pintarrón, las concentra y complementa de manera que resulte un solo listado (en caso de que las adolescentes no consideren las estrategias del manual, incluirlas en el listado). Por último, solicita que escriban las que construyeron por el equipo, las conserven y, si es posible, las compartan con sus amigas y conocidas.

5. Cierre (5’)

El/la facilitador(a) realiza conclusiones sobre lo discutido en la sesión, se despide y promueve el compromiso para asistir a la siguiente sesión.

SESIÓN 5: Alternativas para disminuir los riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol

Objetivo general	Objetivos particulares	Tema	Subtemas	Técnicas	Material	Tiempo
Generar alternativas para disminuir los riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol	Detectar los riesgos y daños inmediatos al consumo excesivo de alcohol	Riesgos y daños inmediatos al consumo excesivo de alcohol	Encuadre	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> Notas informativas de revistas, periódicos y fuentes electrónicas Hojas blancas Lápices o bolígrafos 	5'
	Construir alternativas para mitigar los riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol		Problemas sociales y de salud asociados al consumo excesivo de alcohol.	“Noticiero CIJ informa”		30'
			Alternativas para reducir los riesgos y daños del consumo excesivo de alcohol	Kit de protección		20'
			Cierre			5'

1. Encuadre (5')

El/la facilitador (a) recibe a las asistentes y explica brevemente el objetivo de la sesión, señala que en esta ocasión se detectan los principales riesgos y daños inmediatos al consumo excesivo de alcohol, así como generan alternativas para reducirlos.

2. Riesgos y daños inmediatos al consumo excesivo de alcohol (30')

Técnica: “Noticiero: CIJ Informa”

El/la facilitador(a) divide al grupo en cuatro equipos con igual número de integrantes. Indica que la actividad consiste en realizar un corte informativo, tal como se exponen en un noticiero de radio o televisión.

Previo a la sesión se preparan recortes con notas periodísticas (periódicos, revistas, fuentes electrónicas) relacionadas con los riesgos y daños inmediatos al consumo de alcohol¹¹. Entrega el material a los equipos: hojas blancas, lápices o bolígrafos y las notas. Explica que deben revisarlas, sintetizarlas y seleccionar de 3 a 5 noticias para conformar su corte informativo, así como elegir a la reportera encargada de presentarlas. Señala que tienen como límite 15'.

¹¹ En la sección de anexos se incluyen algunos artículos que pueden ser empleados.

Finalizado el tiempo establecido, organiza el turno de participación de los equipos, a fin de que se conforme el noticiero por cuatro cortes informativos. Distribuye el espacio en dos secciones: escenario del noticiero y público.

Al concluir la emisión del noticiero, felicita al grupo por su participación, pregunta su opinión respecto a lo presentado y propicia la discusión en plenaria. Retoma las ideas del grupo y elabora una lista en el pintarrón sobre los principales riesgos y daños inmediatos al consumo excesivo de alcohol, destaca la necesidad de prevenirlos y construir alternativas para mitigarlos.

4. Alternativas para reducir los riesgos y daños del consumo excesivo de alcohol (20')

Técnica: "Kit de protección"

El/la responsable de la actividad, solicita a los equipos (formados en la actividad previa) que elaboren una lista de medidas para reducir riesgos y daños inmediatos al consumo de bebidas embriagantes. El tiempo destinado para la actividad es de 10'.

Finalizado el tiempo, pide que elijan una representante de cada equipo para que presente el trabajo de su equipo. Durante las exposiciones, el/la facilitador(a) escribe las alternativas en el pintarrón, a fin de que resulte una sola lista integrada por la participación de todos los equipos.

Proporciona hojas de colores a las asistentes para que escriban las alternativas construidas por el grupo, indica que es importante que coloquen la lista en un lugar visible, o bien, la traigan consigo, por ejemplo: celular, libreta de notas personales, etc., así como también la difundan entre sus amigas y conocidos(as).

Ficha técnica 5

Alternativas para reducir los riesgos y daños del consumo excesivo de alcohol

- No rebasar el límite del consumo de riesgo (en mujeres ≥ 2 copas por ocasión).
- No conducir automóviles o transportarse con un conductor alcoholizado (optar por el designado).
- Evitar situaciones que desemboquen en un encuentro sexual no deseado.
- En caso de tener relaciones sexuales, utilizar preservativo.
- Prescindir de consumir alcohol en lugares de riesgo (vía pública, escuela, lugares alejados y sin seguridad).
- Observar la procedencia y preparación de la bebida ingerida, ante el riesgo de consumir bebidas adulteradas y/o en combinación con otras drogas.

6. Cierre (5')

El/la facilitador(a) realiza conclusiones sobre lo discutido en la sesión, se despide y promueve el compromiso para asistir a la siguiente sesión.

SESIÓN 6: Respuestas para conseguir la meta: abstinencia o moderación en el consumo de alcohol

Objetivo general	Objetivos particulares	Tema	Subtemas	Técnicas	Material	Tiempo
Incrementar la autoeficacia para el control del consumo excesivo de alcohol .	Entrenar alternativas para disminuir los daños ante una situación de consumo excesivo de alcohol	Respuestas para rechazar o disminuir el consumo de bebidas embriagantes	Encuadre	Expositiva	• Rotafolio	5'
			1. Escape 2. Evitación 3. Contar el número de copas	“El ABC del consumo responsable de alcohol”		15'
			4. Consumir una copa por hora 5. Evitar situaciones sociales específicas 6. Alto al pensamiento 7. Modelamiento de frases asertivas	Juego de roles		35'
			Cierre			5'

1. Encuadre (5')

E/la facilitador(a) recibe y felicita a las participantes por su asistencia a todas las sesiones programas. Informa que en la última sesión se entrenan respuestas para rechazar o disminuir el consumo de bebidas embriagantes.

2. Respuestas para rechazar o disminuir el consumo de bebidas embriagantes (50')

Técnica: “El ABC del consumo responsable de alcohol” (15')

Previo a la sesión, el/la facilitador(a) elabora en hojas de rotafolio una breve explicación de las respuestas para rechazar o disminuir el consumo de alcohol. Señala que son de utilidad para afrontar los riesgos ante situaciones de consumo excesivo de alcohol. Explica cada una y proporciona ejemplos de afrontamiento.

Ficha técnica 7

Respuestas para rechazar o disminuir el consumo de bebidas embriagantes

1. Escape. Táctica de utilidad al encontrarse dentro de una situación de riesgo para el consumo excesivo de alcohol: la persona puede hacer uso de pretextos, invención de actividades fuera del lugar de riesgo o buscar otra actividad de interés, con el objetivo de abandonar el escenario de consumo.

2. Evitación. Recurso eficaz para evadir la presencia en contextos de riesgo para el consumo de bebidas alcohólicas. Ante una invitación de una actividad donde el alcohol es un componente importante, la esquivando buscando otras alternativas de interés en las que no esté presente la sustancia.
3. Contar el número de copas. El consumo moderado en mujeres es de ≤ 2 copas por ocasión. Tener en cuenta el número de tragos ingeridos es de utilidad para conseguir la meta deseada.
4. Consumir una copa por hora. Para evitar que se eleve la concentración de alcohol en la sangre, es necesario beberlo lentamente, dejando pasar al menos un hora entre trago y trago, diluirlo con agua o refresco (las bebidas "light" pueden incrementar los signos de intoxicación) e ingerir alimentos.
5. Evitar situaciones sociales específicas. Es necesario identificar especialmente qué actividades son las que favorecen el consumo excesivo de alcohol (contextos, lugares, amistades) y evitar frecuentarlos.
6. Alto al pensamiento. La apetencia conlleva a pensamientos recurrentes del consumo de alcohol; en estas ocasiones resulta útil pensar en frases que digan NO a la ingesta, de manera que disminuya el deseo y la planeación de ingerir alcohol.
7. Modelamiento de frases asertivas. La expresión oportuna de ideas, emociones y sentimientos de manera clara y directa, ayuda a la persona a mantener una comunicación satisfactoria para no entrar en situaciones de manipulación o presión que conlleven a un riesgo ante el consumo excesivo de alcohol.

Técnica: Juego de roles (35')

Al concluir la exposición, el/la facilitador(a) forma siete equipos con igual número de integrantes, entrega a cada equipo una tarjeta con una respuesta diferente en torno al rechazo o disminución del consumo excesivo de alcohol. Indica que deberán representar una escena breve, donde la protagonista se encuentre en una situación de riesgo y la afronte considerando la respuesta escrita en la tarjeta. Señala que tienen como límite para planear la escena 10'; la duración no debe ser mayor a 2'.

Transcurrido el tiempo límite, organiza la representación de las siete escenas, teniendo especial cuidado de que no sobrepasar la duración establecida. Cierra la actividad preguntando cómo se sintieron respondiendo de forma clara y directa para rechazar o disminuir el consumo bebidas embriagantes; enfatiza la importancia de sentirse capaz de evitar el consumo de alcohol (autoeficacia), dado que es un aspecto básico para conseguir un consumo responsable o abstinentes de alcohol.

3. Cierre (10')

El/la facilitador(a) realiza conclusiones sobre lo discutido en la sesión y en todo el taller, felicita a las asistentes por el interés y compromiso mostrado durante el desarrollo del taller, enfatiza que retomen las habilidades adquiridas en este espacio. Se despide y promueve el compromiso para asistir el próximo mes a la sesión de seguimiento.

SESIÓN: Seguimiento mensual

Objetivo general	Objetivos particulares	Tema	Subtemas	Técnicas	Material	Tiempo
Reforzar las habilidades adquiridas durante la intervención preventiva	Explorar las dificultades para el consumo no dañino de alcohol y alternativas de afrontamiento	Limitantes en el consumo responsable de alcohol	Encuadre	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • Una caja • Tarjetas • Bolígrafos 	5'
			Delimitación de dificultades	El Buzón		50'
			Afrontamiento de dificultades			
			Cierre	Expositiva		5'

1. Encuadre (5')

El/la facilitador(a) recibe a las asistentes y señala que la finalidad de esta sesión es fortalecer las habilidades adquiridas durante el tiempo que estuvieron trabajando juntos(as), así como generar alternativas ante probables dificultades.

2. Limitantes en el consumo responsable de alcohol (50')

Técnica: "El Buzón"

El/la facilitador(a) entrega a cada participante dos o tres tarjetas para que escriba las situaciones que han limitado u obstaculizado moderarse o abstenerse del consumo de alcohol y las coloca dentro del buzón.

Una vez que todas las asistentes escriban sus dudas e inquietudes, saca del buzón una, la lee en voz alta y pide que participen en sugerir una solución a la situación planteada. Propicia la participación del grupo y lee tantas tarjetas como el tiempo límite lo permita. Al finalizar lee las restantes y, si tiene oportunidad, el/ella responde a la pregunta omitiendo la participación del grupo.

3. Cierre (5')

Informa que en tres meses, tendrán una nueva reunión; que es importante su asistencia para su desarrollo personal.

SESIÓN: Seguimiento trimestral

Objetivo General	Objetivos Particulares	Tema	Subtemas	Técnicas	Material	Tiempo
Dar seguimiento a las habilidades adquiridas durante la intervención preventiva	Explorar las dificultades para el consumo no dañino de alcohol y alternativas de afrontamiento.	Excepciones al problema de consumo excesivo de alcohol	Encuadre	Expositiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Lápices o bolígrafos 	5'
			Situaciones que favorecen el consumo responsable de alcohol	“Búsqueda de excepciones”		40'
			Cierre	“Experiencia compartida”	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de colores • Bolígrafos • Cinta adhesiva 	15'

1. Encuadre (5')

El/la facilitador(a) saluda a las asistentes, enfatizando que es positivo para su desarrollo personal concluir este taller, dado que representó una oportunidad de aprendizaje. Señala que el objetivo de esta sesión es reforzar las habilidades adquiridas en este taller y en esta ocasión le gustaría conocer qué noticias positivas tienen respecto a su consumo responsable o abstinerente de alcohol.

2. Excepciones al problema de consumo excesivo de alcohol (40')

Técnica: “Búsqueda de excepciones al problema del alcohol”

El/la facilitador(a) entrega a las participantes: hojas blancas, lápices o bolígrafos, e indica que deben pensar en una situación donde haya habido alcohol disponible y se hayan moderado o abstenido. Es necesario que (el encargado de la actividad), enfatice que aún los cambios mínimos son importantes. Solicita que describan brevemente esta situación en una cuartilla y al finalizar la actividad la entreguen al facilitador(a).

Una vez que hayan concluido su descripción, formula las siguientes preguntas y las discuten en plenaria: *¿qué hiciste para conseguirlo? ¿Alguien ha notado que has dejado de beber o bebes menos alcohol? ¿Ha cambiado algo en casa, escuela, con tu novio(a) o amigos?*

En el cierre de la actividad resalta que las acciones realizadas por ellas mismas para protegerse del consumo excesivo de alcohol, enfatiza las capacidades adquiridas para: tomar decisiones, auto controlarse, responsabilizarse de su consumo, cuidarse a sí mismas, y otras más que presente el grupo.

3. Cierre (15')

El/la facilitador(a) entrega a cada asistente un hoja de papel, pide que escriban en la parte superior su nombre, de manera que pueda ser leído a 3 o 4 pasos a distancia y la pequen

en la pared; explica que deben escribir un mensaje, pensamiento, deseo, aprendizaje, etc. dedicado a cada una de sus compañeras en la hoja que les corresponde. Para finalizar la actividad, dice a las jóvenes que además de las habilidades adquiridas en el taller, tuvieron la oportunidad de compartir la experiencia con el grupo y, en la hoja de papel se llevan las ideas, sentimientos y pensamientos que de manera particular quieren compartir con cada asistente.

Por último, el/la facilitador informa que han finalizado las sesiones programadas para trabajar con este grupo, señala que es importante considerar la necesidad de continuar con alguna actividad individual o familiar de consejería. Agradece a las asistentes su interés y participación durante el desarrollo del taller. Finalmente proporciona la dirección, horario de atención y teléfono del CIJ.

Referencias

- Allamani, A., Soller, F., Kubicka, I. & Bloomfield, K. (2000). Drinking cultures and the position of women in nine European countries. *Substance Abuse*, 21, págs. 231-247.
- Ayala, H.; Echeverría, L.; Sobell, M. y Sobell, L. (1997). Auto control dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, volumen 14, número 2, pag. 113-127.
- Baldwin, A. R. (1993) To drink or not to drink: The differential role of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in quantity and frequency of alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 511-530.
- Bandura, A. (1982). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social-Comparison Theory*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1987) Pensamiento y acción. Barcelona. Mart Roca.
- Bandura, A. (1990). Perceived self efficacy in the exercise of personal agency. *Journal of applied sport Psychology*, e, 124-163.
- Bello, M., Puentes, E. & Medina-Mora, M.E. (2008). El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, volumen 23 número 4, Págs. 231-236.
- Berg, I. y Miller, S. (1997). *Trabajando con el problema del alcohol*. México: Gedisa, 1991.
- Bermúdez, E. (1999). Género, Identidad de la mujer y Construcción Social en Terapia Tesis de maestría en psicología social, Facultad de Psicología. UNAM. Pág. 93.
- Bien, T., Miller, W. & Toningan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Blume, S. (1986). Women and alcohol. A review *JAM*, año 2, volumen 56, numero 11, págs, 1467-1470.
- Bogren, (2008). Women's intoxication as dual lecentiousness: An exploration of genedered images of dringkinf and intoxication in Sweden. *Addiction. Research & Theory*. Editors Jhon B. Davies & Frederick Rotgers. Informa Healthcare. 2008 Volume 16, no. 1.
- Chick, J., Lloyd, G., & Crombie, E. (1985). Counselling Problem Drinkers in Medical Wards: A Controlled Study. *British Medical Journal of Clinical Research Education*, 290, 965 967.
- Cohen R., Applet, H., Olbrich, R. & Watzl, H. (1979). Alcoholic women treated by behaviorally orientated therapy: An 18 month follow-up study *Drug and alcohol dependence*, 4, 489-498, Netherlands.
- CONACE. (2004). Mujeres y tratamiento de Drogas. Área técnica en tratamiento y rehabilitación. 6-10, 18, República de Chile, Noviembre.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Extraído el 26 de noviembre de 2008. www.conadic.gob.mx
- Cormier, W. y Cormier, L. (1994). Estrategias de entrevista para terapeutas. Bilbao. DDB.
- Díaz, A., Hernández, C., Narro, J., Fernández, H. y Solís, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Revista Salud Mental*, volumen 31, número 4.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Secretaria de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Geografía e Informática, México.
- Encuesta Nacional de Salud (2000). Secretaria de Salud, México.
- Fillmore, K., Golding, J., Leino, E. (1997). Patterns and trends in women's and men's drinking. In Wilsnack, R. W., and Wilsnack, S.C., eds. *Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives*. New Brunswick, NJ. Rutgers Center of Alcohol Studies, pages. 21-28.
- Flanders, J. (1968). A Review of Research on Imitative Behavior. *Psychological Bulletin* 69, 968, pp. 316-337.
- Flores, A. (2007). Diferencias asociadas al género en los argumentos, las motivaciones y la autoeficacia ante el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Bogotá. Centro de estudios e Investigaciones sobre adicciones y violencia. CELAV. Universidad Católica de Colombia.

- Forselledo, A. y Foster J. (1996). Aproximación al impacto del uso de drogas en la mujer IIN-CICAD/OEA, Montevideo, Uruguay.
- Gmel, G., Bloomfield, K., Alhstrom, S., Choquet, M. & Grittner, U. (2005). How do social roles and social stratification influence women's drinking: A comparative study in four European Countries. *Substance Abuse*, 21, 249-264.
- Gomberg, E. & Lisansky (1996). Prácticas y problemas de bebida en las mujeres desde una perspectiva de la esperanza de vida. En *mujeres y alcohol: Ediciones para la investigación de la prevención*. Instituto Nacional del Abuso del Alcohol y de la Investigación del Alcoholismo. Monografía 32, No. 96-3817. Págs. 185-214. Bethesda MD.
- González, R. y Alcalá, R. (2008) Consumo de alcohol y Salud Pública. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM.
- León, J. y Medina, S. (2002). Psicología social de la salud. Fundamentos teóricos y metodológicos. Sevilla. Comunicación.
- Mansmann, U. Bloomfield, K & Damm, S (1999). Guggenmoos-Holzmann Memorial Symposium: Extending the horizons of clinical research- A personal quest. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(4): 349-350.
- Medina, C. y Barra, E. (2005) Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia psicológica*. Diciembre, año 7 Vol. 23, no. 2 Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Santiago de Chile, 5-11.
- Miller, R. y Rollnick S. (1999). La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informes de la Comisión Clínica: Alcohol. España, 2007. Búsqueda 25 de noviembre de 2008, www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf
- Moreno, K. (2004). Mujer y Drogas, Centros de Integración Juvenil, Asociación Civil, México. Págs. 113, 120, 143, 172, 179.
- Moyle, P. (2003). *International drug court developments, models and effectiveness*, Proyecto de tribunales especializados en materia de drogas del Grupo Pompidou: Estrasburgo.
- Natera, G., Mora, J. & Tiburcio, M. (1998). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones, Departamento de Investigaciones Psicosociales, División de Investigaciones epidemiológicas y sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Norma Oficial Mexicana. (1999). Secretaría de Salud, México.
- Observatorio Mexicano de Alcohol y Drogas (2002).
- OMS (2006). *Entrevista con la Directora del programa Tóxico dependencia de la OMS* María Estela Monteiro. Extraído el 8 de agosto del 2007 desde www.oms.com.
- Organización de Naciones Unidas. (2005). Oficina contra la Droga y el Delito. Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer. Estudio monográfico y experiencia adquirida, Págs. 5-23, Nueva York.
- Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D. y Martínez, R. (2006). Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultados del Sistema de Reporte de Información en Drogas.
- Osorio, Ruby, Salazar, C. y Mc Cusker. (2001). Evaluación de un servicio para mujeres que abusan de sustancias psicotrópicas, Servicio general de Abuso de Drogas, Servicio de Alcoholismo, London, UK. Investigación publicada en la Revista Chilena de Neuropsiquiatría, Volumen 39, no. 3, 39 (3): 203-310 Santiago, Septiembre.
- Plant, M. (2003). Gender and alcohol: The UK part of genetic and international study. Alcohol Education and Research Council, Alcohol Insight número 14. <http://www.acre.org.uk/alcohol-insights/insight14pdf>.
- Prochaska, J. O. & C. C. DiClemente. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19(3): 276-288.
- Rachlin, H., (2008). Reforzar o castigar los pensamientos. Artículo extraído desde: <http://www.cienciaconducta.com/Biblio/Rachiln.pdf>
- Ramos, L., Saldivar, G., Medina Mora, M., Rojas, E. y Villatoro J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Revista Salud Pública de México* Vol. 40, no. 3, 221-232, mayo junio.

- Romero, M., Gómez C. y Medina-Mora M. (1996). Las mujeres adictas: De la descripción a su construcción social. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia, del 8 al 20 de noviembre. Págs 1-22, Montevideo, Uruguay.
- Rubinstein, E. (1997). Algunas consideraciones sobre la deserción del tratamiento de la farmacodependencia, Tesis de maestría de psicología clínica, Facultad de Psicología, UNAM.
- Solís, L., Medina Mora, ME. (1994) La utilización de los servicios de atención para la salud mental por Mujeres mexicanas. Resultados de encuestas nacionales de salud mental, volumen 17, número 1, Págs. 7-10.
- Springen, K. & Kantrowitz, B. (2005). La Triple Amenaza del Alcohol en las Mujeres. Extraído desde: www.revistadicciones.com.mx.
- Stewart, J., Prestin, E., Gómez, A. (2000). Women, disability, and substance abuse: Interventions for the professionals in the rehabilitation process, Bowling Green State University, Ohio, USA.
- Stoltenberg, S., Batién, Bryan & Birgenheir, D. (2008). Does Gender moderate associations among impulsivity and health –risk behaviors?. *Addictive Behaviors, An internacional Journal*. Volumen 33, number 2, february.
- Tapia-Conyer, R.; Medina-Mora, M.; Sepúlveda, J.; De la Fuente, R. y Kumate, J. (1990). Encuesta Nacional de Adicciones en México. *Salud Pública Mex*, volumen 32, número 5, pags. 507-522.
- Thomas H., Miller, R. & Tonigan, S. (1993) Brief Interventions for alcohol Problems: a review *Addiction* 88 (3), 315–336. doi:10.1111/j.13600443.1993.tb00820.x
- Thundal, K. & Allebeck, P. (1998). Abuse of and dependence on alcohol in Swedish women: Role of education, occupation and family structure, *Social Psychiatry, Psychiatry Epidemiological*. 33: 445-450, January.
- Wilk, A., Jensen, N. & Havighurst, T. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 12:274-283.
- Wilsnack, R.W. & Chelona, R. (1987). Women's roles and problem drinking across the lifespan. *Social Problems*, 34(3). 231-248.
- Wilsnack, W., Sharon, N. Wilsnack, C. & Brunswick N. (1997). Género y Alcohol, perspectivas individuales y sociales. Centro de Rutgers de los estudios del alcohol. Págs. 462-489.
- Wilsnack, S. & Wilsnack, R. (2002) Internacional Gender and alcohol rearch: recent findings and future directions. *Alcohol Research & Health*, número 26, págs. 245-250.
- Wilsnack, S. & Wilsnack, R. (2005). International Gender and Alcohol Research: Recent Findings and Future Directions. Artículo obtenido en Online Version [www, niaaa.nih.gov](http://www.niaaa.nih.gov) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Anexo 1: Ficha técnica

Prevención de consumo excesivo de alcohol en mujeres jóvenes

Cobertura poblacional

La intervención preventiva está dirigida a grupos de mujeres que presentan un patrón de consumo explosivo de alcohol¹² cuya edad oscila entre los 14 y 17 años; los grupos de riesgo pueden proceder de los siguientes contextos:

- Instituciones escolares de nivel medio superior.
- Centros de impartición de justicia, debido a la comisión de una infracción relacionada con intoxicación alcohólica¹³.
- Ámbito hospitalario, como consecuencia de un problema de salud (congestión alcohólica, gastritis) o accidente (tránsito, caídas, riñas) relacionado con el uso de etanol¹⁴.

Previo a la operación del proyecto, los CIJ participantes revisarán o establecerán convenios con las instancias antes descritas. La intervención puede llevarse a cabo dentro de las instalaciones a intervenir, o bien, dentro del CIJ.

Objetivos

General:

Favorecer el reconocimiento, aprendizaje y puesta en práctica de estrategias basadas en la autoeficacia, a fin de que mujeres adolescentes disminuyan el consumo explosivo de alcohol.

Específicos:

a) Proceso

- Brindar información sobre riesgos y daños relacionados al consumo explosivo de alcohol en mujeres jóvenes.
- Motivar la reflexión y sensibilización en torno a las características de género que intervienen en el consumo de alcohol que presentan las mujeres de 14 a 17 años.
- Identificar los factores (ambientales y subjetivos) que aumentan la probabilidad de consumo excesivo, para incidir sobre ellas.

¹² Este criterio se define a partir de parámetros cuantitativos: patrón de consumo (frecuencia y/o cantidad de copas semanales o por ocasión de consumo). Para el caso más de 3 copas por ocasión de consumo y/o más de 9 por semana (Medina-Mora *et al*, 1997).

¹³ En ciudades donde se aplique el alcoholímetro, éste es el medio para captar jóvenes a la intervención. Para el resto de los CIJ se aprovecharán los convenios interinstitucionales con las Secretarías de Seguridad de los estados para la referencia al proyecto.

¹⁴ Previo acuerdo con las instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención, se solicitará la derivación de participantes, siendo necesaria su inclusión en el proyecto preventivo de forma voluntaria.

b) Resultados

- Propiciar en el grupo la abstinencia o moderación, como opciones de disminución de riesgos.
- Promover la construcción de estrategias particulares que puedan contribuir al alcance de la opción elegida.
- Incrementar la autoeficacia para el control del consumo explosivo de alcohol.
- Sugerir alternativas de entrenamiento para disminuir los daños ante una situación de consumo excesivo.

Marco teórico

- Modelo de desarrollo social (Catalano, Hawkins y cols., 1996).
- Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1985).
- Modelo de autoeficacia (Bandura, 1977, 1986).

Intervención

Se instrumentará una modalidad de prevención selectiva con estrategias de intervención para la influencia, desarrollo y entrenamiento de competencias y la puesta en práctica de técnicas de comunicación, reestructuración cognoscitiva, habilidades sociales y toma de decisiones.

Cabe mencionar que existirá un componente de prevención indicada en el que se fortalecerá el desarrollo de estrategias de disminución de riesgos y daños ante una situación de consumo explosivo de alcohol.

Método

La intervención se efectuará en un periodo de seis semanas, constituidas en tres fases:

1. Contacto institucional, revisión o establecimiento de convenios interinstitucionales en los escenarios antes descritos para la captación de participantes.
2. Evaluación diagnóstica, a través de la aplicación de la Escala Exploratoria para el Consumo de Alcohol (CONADIC, 2003); y la prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol¹⁵.
3. Operación del proyecto.
4. Seguimiento y reforzamiento, mensual y trimestral.

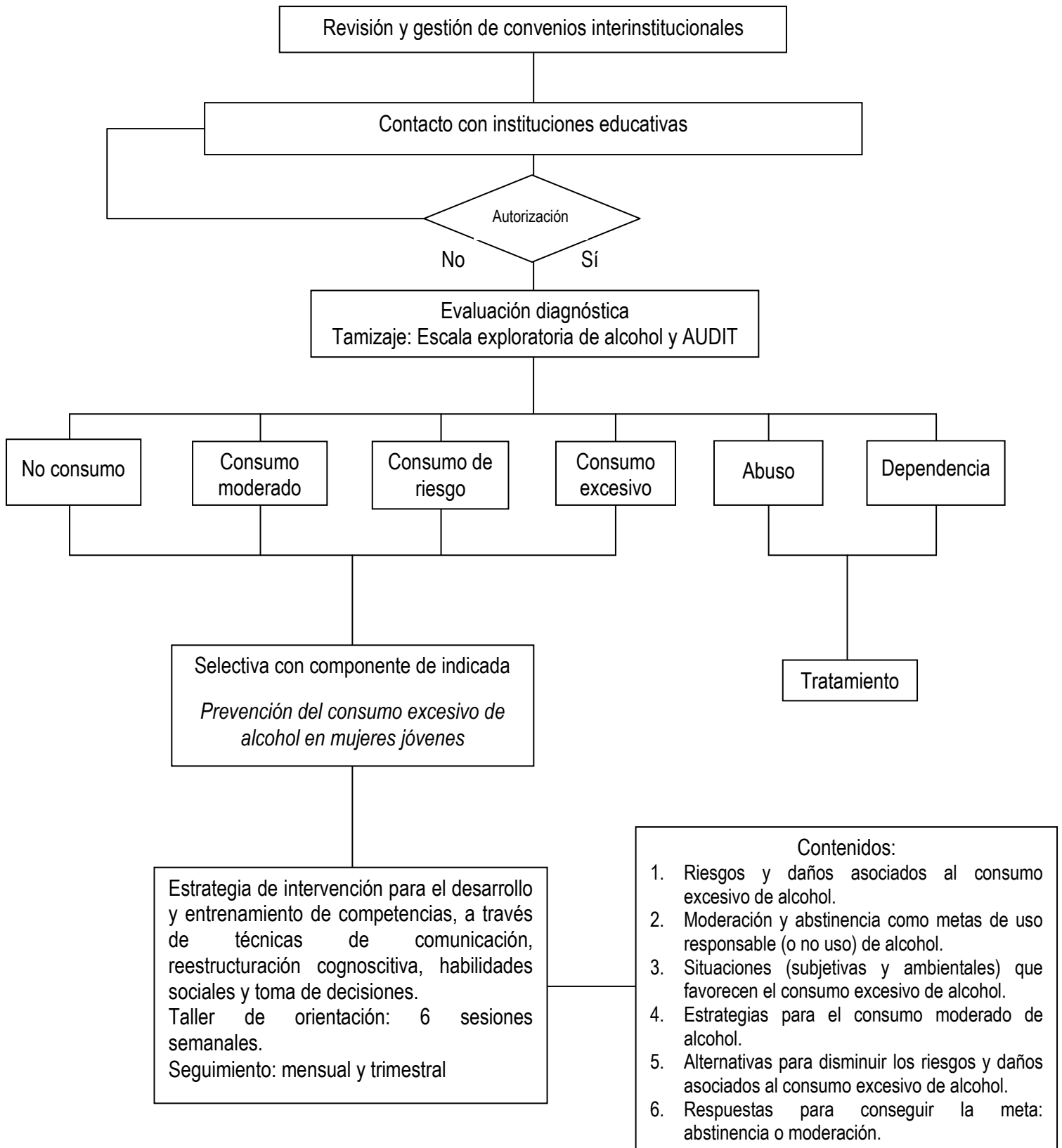
La intervención en específico, consta de 6 sesiones semanales de 60 minutos de duración cada una y dos seguimientos (uno al mes y otro al trimestre, después de haber concluido la intervención preventiva).

¹⁵ Rubio G. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp* 1998; 198: 11-4. http://enline.free.fr/ebooks_sp/031%20-%AUDIT%20-Instrucciones.doc Extraído el 01 de diciembre de 2008.

Contenidos

- Riesgos y daños asociados al consumo excesivo de alcohol.
- Moderación y abstinencia como metas de uso responsable (o no uso) de alcohol.
- Situaciones (subjetivas y ambientales) que favorecen el consumo excesivo de alcohol.
- Estrategias para el consumo moderado del alcohol. Alternativas para disminuir los riesgos y daños asociados al consumo explosivo de alcohol.
- Respuestas para conseguir la meta: abstinencia o moderación ante el consumo de alcohol.

Anexo 2: Modelo lógico



Anexo 3: Cuestionarios de tamizaje

AUDIT

Folio _____

Nombre:				
¿En qué estado y municipio vives?				
Ocupación <input type="checkbox"/> Solamente estudias <input type="checkbox"/> Estudias y trabajas <input type="checkbox"/> Trabajas <input type="checkbox"/> Ninguna				
¿En qué escuela estudias?				
Turno escolar: <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino	Grado escolar: <input type="checkbox"/> 1° Secundaria <input type="checkbox"/> 2° Secundaria <input type="checkbox"/> 3° Secundaria	Grupo: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a tu consumo de alcohol. Lee cuidadosamente las preguntas, elige la opción que más se acerque y marca la columna correspondiente con una "X". Contesta de acuerdo con lo sucedido en los últimos doce meses.

<p>1. En los últimos doce meses, ¿con qué frecuencia ingeriste bebidas alcohólicas?</p> <p>0) Nunca 1) Una vez al mes por lo menos 2) Dos o cuatro veces al mes 3) Dos o tres veces por semana 4) Cuatro o más veces por semana</p>
<p>2. En los últimos doce meses, ¿cuántas copas tomaste en un día típico de los que bebes?</p> <p>1) Una o dos 2) Tres o cuatro 3) De cinco a nueve 4) Diez o más</p>
<p>3. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente tomaste seis o más copas en la misma ocasión?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Diario o casi diario.</p>
<p>4. ¿En los últimos doce meses, ¿te ocurrió que no pudiste parar una vez que empezaste?</p> <p>0) Nunca 1) Menos de una vez al mes 2) Mensualmente 3) Semanalmente 4) Diario o casi diario.</p>

5. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente dejaste de hacer algo, que debías hacer, por beber?

- 0) Nunca
- 1) Menos de una vez al mes
- 2) Mensualmente
- 3) Semanalmente
- 4) Diario o casi diario.

6. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente bebiste a la mañana siguiente, después de beber exceso el día anterior?

- 0) Nunca
- 1) Menos de una vez al mes
- 2) Mensualmente
- 3) Semanalmente
- 4) Diario o casi diario.

7. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente te sentiste culpable y tuviste remordimiento por beber?

- 0) Nunca
- 1) Menos de una vez al mes
- 2) Mensualmente
- 3) Semanalmente
- 4) Diario o casi diario.

8. En los últimos doce meses, ¿qué tan frecuente olvidaste algo de lo que pasó cuando bebiste?

- 0) Nunca
- 1) Menos de una vez al mes
- 2) Mensualmente
- 3) Semanalmente
- 4) Diario o casi diario.

9. En los últimos doce meses, ¿te lastimaste o alguien resultó lastimado cuando bebiste?

- 1) No
- 2) Sí, pero no en el último año
- 3) Sí, pero en el último año.

10. En los últimos doce meses, ¿algún amigo, familiar o doctor se preocupó por tu forma de beber o te sugirió que le bajaras?

- 1) No
- 2) Sí, pero no en el último año
- 3) Sí, pero en el último año.

Gracias

ESCALA EXPLORATORIA PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

Instrucciones: Por favor, marca con una "X" la opción que más se apega a tu situación y escribe la información cuando se solicita

<p>1. Alguna vez en tu vida has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, ron, "coolers", brandy, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores, como "piña colada" o "medias de seda"?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> Sí</p>			<p>b) <input type="checkbox"/> No</p>
<p>2. ¿De cuál de las siguientes bebidas alcohólicas has tomado una copa completa? (Marca una respuesta para cada inciso)</p>	<p>a) Vino (blanco, tinto, rosado)</p> <p>b) Bebidas como "coolers", "viña real", etc.</p> <p>c) Cerveza</p> <p>d) Brandy, vodka, tequila, ron, whisky, etc.</p> <p>e) Bebidas preparadas en lata como: "presidencola", "Q-bitas", etc.</p> <p>f) Pulque</p> <p>g) Alcohol puro o aguardiente</p> <p>h) Otra (especificar) _____</p>	<p>Sí</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>No</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Nunca he bebido alcohol</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>3. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa completa de alguna de las bebidas anteriores?</p>	<p>Edad _____</p> <p>Nunca he tomado alcohol <input type="checkbox"/></p>			
<p>4. ¿Con qué frecuencia has tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> Nunca en el último año</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Por lo menos una vez en el último año</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Una vez en el último mes</p> <p>d) <input type="checkbox"/> De dos a tres veces en el último mes</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Una o más veces en la última semana.</p> <p>f) <input type="checkbox"/> No bebo alcohol</p>			
<p>5. ¿Con qué frecuencia te has emborrachado?</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> Nunca en el último año</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Por lo menos una vez en el último año</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Una vez en el último mes</p> <p>d) <input type="checkbox"/> De dos a tres veces en el último mes</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Una o más veces en la última semana.</p> <p>f) <input type="checkbox"/> No bebo alcohol</p>			
<p>6. ¿Con qué frecuencia tomaste en el último año una o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión? (cerveza brandy, ron, vodka, pulque, etc.)</p>	<p>a) <input type="checkbox"/> Nunca en el último año</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Por lo menos una vez en el último año</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Una vez en el último mes</p> <p>d) <input type="checkbox"/> De dos a tres veces en el último mes</p> <p>e) <input type="checkbox"/> Una o más veces en la última semana.</p> <p>f) <input type="checkbox"/> No bebo alcohol</p>			

7. ¿Con qué frecuencia en el último mes tomaste una copa completa de bebidas alcohólicas como cerveza, vino, brandy, ron, tequila, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores como “piña colada” o “medias de seda”?

- a) Nunca en el último mes
- b) Una vez en el último mes
- c) De dos a tres veces en el último mes
- d) Una o más veces en la última semana.
- e) No bebo alcohol

En relación con tu consumo de alcohol, ¿te has planteado la posibilidad de...:

1. ...disminuirlo? 2. ...evitarlo completamente? 3. ...no cambiar en nada tu consumo actual?

Muchas gracias por tu colaboración.

Anexo 4: Técnica “Construyendo una historia”¹⁶



¹⁶ Dibujo extraído el 28 de enero de 2009 en <http://dreamers.com/onlyz/fanart/alondra/bra.jpg>

Mi compromiso

¿Qué es lo mejor para mí:
moderar o abstener el
uso de alcohol?



Ventajas

Abstinencia

Moderación

Después de evaluarlo, ¿Cuál es mi elección?

¹⁷ Dibujo extraído el 28 de enero de 2009 en <http://dreamers.com/onlyz/fanart/alondra/bra.jpg>

Anexo 6: Técnica “La fiesta”¹⁸



¹⁸ Dibujo extraído el 28 de enero de 2010 en <http://www.fondosdeescritorio10.com/wallpapers-fondos-de-pantalla/anime-manga/riku-harada/963>

Anexo 7: Técnica “Noticiero CIJ informa”

El Siglo de Torreón.com.mx [Durango](#) vie 01 de dic, 2006

Alarman alcoholismo y droga en Nuevo Ideal

NUEVO IDEAL, DGO.- El 85 por ciento de las muertes registradas en los adolescentes son violentas y entre ellas las relacionadas con drogas y alcohol representan el 50 por ciento, ya que comprar bebidas alcohólicas es cada vez más fácil para los adolescentes, manifestó el médico Victoriano Morales Villarreal, durante una conferencia dirigida a jóvenes de secundaria y educación medio superior.

Explicó que en la actualidad hay una creciente demanda de alcohol tanto en el sector urbano y rural, mismo que genera una búsqueda de soluciones y respuestas por parte de los afectados por este lastre social.

Llama la atención que el consumo de drogas en la adolescencia y juventud va en aumento. En el caso del alcoholismo es alarmante en los poblados como en las periferias de las ciudades o cinturones de pobreza, sin exentar otros sectores de la sociedad.

Cabe destacar los factores familiares en el inicio de la adicción al alcohol y otras drogas. En este sentido, hay datos que demuestran que hasta un tercio de los niños tienen su primera oferta para consumir bebidas alcohólicas en el seno familiar, pues hay padres y parientes que ofrecen de manera errónea a los pequeños unos tragos de vino, “para que se hagan hombres”, platicó.

Las familias en las que uno o ambos progenitores tienen problemas con el alcohol muestran patrones de interacción personal diferentes de los de la mayoría de familias; sus hijos tienen a menudo la sensación de que sus familias “no son normales”.

En dichos hogares suelen reinar la desorganización y el caos, por lo general, no hay reglas que cumplir y los límites son muy confusos, nadie parece estar al cargo de las rutinas y deberes diarios, incluso el hacer la comida, lavar la ropa, hacer los pagos o hacerse cargo de los gastos.

Morales Villarreal dijo que también suele perderse el sentido de los rituales familiares, tales como las

celebraciones de los cumpleaños, Navidad y momentos de esparcimiento porque, a menudo, la presencia del bebedor echa a perder las fiestas.

Recalcó que las razones comunes que el adolescente usa para justificar el consumo de bebidas alcohólicas son: para ponerse alegre, alcanzar el clímax, encajar en el círculo de amigos, presión social, a veces producida desde la publicidad.

También hablan de desinhibición o superación de la vergüenza, y la mayoría de las ocasiones consumen alcohol actuando como un modelo de imitación y expresividad de los ejemplos adultos que tienen.

La adolescencia, como regla general, no asocia el consumo de alcohol con los problemas; por el contrario, esperan cambios positivos globales, como la posibilidad de diversión e integración al grupo, por lo que en la medida que el alcohol proporciona a los jóvenes una serie de efectos convenientes, los interpretan como un beneficio.

Problema de salud

Con el objetivo de prevenir las consecuencias del alcoholismo en los adolescentes y jóvenes, Victoriano Morales Villarreal disertó una conferencia sobre este problema de salud a invitación de las autoridades municipales con el propósito de abatir el problema.

En la ponencia denominada “Consecuencias y prevención del alcohol y las drogas”, participaron alrededor de 110 alumnos de la secundaria Felipe Pescador y del Centro de Estudios de Bachillerato Tecnológico Agropecuario (CBTA), informó Melyna Muñiz Vázquez, directora de Comunicación Social de Nuevo Ideal.

Al concluir la conferencia, los asistentes recibieron de manos de los organizadores un presente con un mensaje impreso de conciencia social que consistió en camisetas, gorras y carpetas.

Alcohol y drogas en los adolescentes

Día a día se incrementa el uso de alcohol y drogas en los adolescentes. Son utilizadas por muchas razones: Predisposición biológica, problemas psicológicos, presión social y factores familiares.

ALBA JUDITH ROJAS FIERRO PSICOLOGA SEXOLOGA albajudithr@hotmail.com

El alcohol es la droga escogida por la mayoría de los jóvenes. Es barato, potente y se vende en todas partes. Lo mismo otras drogas se consiguen más fácilmente de lo que sospechan la mayoría de los padres. A muchos jóvenes les ofrecen drogas desde muy temprano, y si ellos no las consumen, sí conocen quienes los hacen. En palabras de una niña con quien hablaba decía: "el negocio de las drogas en mi colegio es muy grande" se encuentra al salir de él, en las ventas ambulantes, detrás de un mango, una manilla, un dulce, hay droga, muy económica".

Se ha considerado que el uso de drogas y alcohol es patológico, vale la pena aclarar que no siempre es así. Jóvenes sanos, razonables y bien adaptados usan drogas y alcohol; beber en las fiestas es una costumbre muy extendida a veces es signo adaptación y de aceptación en un grupo.

La mayoría de las veces las personas las usan como estrategia para hacerle frente a la confusión, la depresión o la ansiedad, es altamente tentadora. Por Ej. La cafeína y las anfetaminas les ayudan a evitar el hambre y a comer menos (perder peso es probablemente la meta más común para las jóvenes en esta edad) Además el uso de químicos a menudo mejora la posición social con respecto a los amigos. Los amigos desempeñan un papel importante: En general, los jóvenes cuyos amigos son consumidores intensos tienen más probabilidades de usar drogas, mientras que aquellos cuyos amigos la evitan la probabilidad de abstenerse es mayor.

Ciertos patrones de conducta, como beber para escaparse de la realidad o beber para anularse, son más peligrosos que otros. Es preocupante cuando los y las jóvenes beben más que sus

amigo(a)s o beben con regularidad. Beber a solas o guardar el secreto sobre el uso del alcohol o las drogas no son buenos patrones. Es importante entender que el uso intenso de sustancias químicas en los jóvenes puede ser señal de que las familias necesitan hacer cambios. A menudo el abuso de drogas es un grito de auxilio. A veces los jóvenes simplemente necesitan más atención. Las familias pueden necesitar ayuda para tratar con las tensiones de la adolescencia. En otras ocasiones, los padres pueden tener que vencer sus propias adicciones, o la familia puede tener secretos que necesita aclarar. Puede indicar odio hacia uno mismo o desesperación causada por problemas familiares sin resolver.

Una joven expresaba que el alcohol era una manera de matar la ansiedad para poder tener relaciones sexuales y evitar los sentimientos de culpa después. Si ella aprendiera a manejar su sexualidad tendría menos necesidad de beber. Ha medida que hablábamos fue quedando claro que ella les había permitido a los jóvenes con quien salía, definir sus relaciones con ellos. Se sentía tan mal con relación a su apariencia que le agradecía a cualquiera que la deseara. Estaba tan ansiosa de complacer que nunca pensaba en sus necesidades. Después de una evaluación sobre el tipo de hombres que a ella le gustaría conocer, mencionó: -me gustan los hombres bien parecidos, atléticos, amables que me quieran y que me respeten, que no me busquen por el sexo solamente sino que admiren mis cualidades y virtudes, que me quieran como soy, que sepan escuchar y que me valoren. Hizo una pausa. "Sé que esto es mucho pedir, pero me gustan los muchachos que gozan con lo que yo gozo: jugar baloncesto, caminar, compartir una buena película..." Le pregunté si conocía alguno con

esas cualidades. Dijo que: - sí, pero que ninguno me invitaría a salir.

La anime a planear algo discreto, que resultara bien para ella, en el momento de una salida con un joven. Le recomendé que evitara el alcohol y el sexo. No creo que pueda resultar-dijo- ¿Qué clase de cita sería esa?.

Luego de aclarar que en la vida lo más valioso es sentirse bien consigo misma, valorarse como persona, y hacer que los hombres las valoren por razones distintas a la sexualidad decidió a tratar de hacerlo.

Con el tiempo ella descubrió, el resultado de su experimento, y manifestando que no todos los hombres son tan interesados y que había podido tener la oportunidad de compartir con alguien una tarde sin droga ni sexo. A medida que ganaba confianza en sí misma, podía manejar mejor sus amistades. Así como esta joven, existen muchas y muchos jóvenes que tienen miedo de enfrentarse a la vida y no agradar a otros, esperan que los valoren por lo que tienen y pueden ofrecer más que por lo que son. En conclusión para muchos adolescentes, fumar y beber sin signos de rebelión y madurez. Los medio de comunicación contribuyen a esa ilusión al asociar la sofisticación a la conducta autodestructiva y desenfrenada, y no al comportamiento prudente y reflexivo. Los jóvenes que saben controlarse aparecen, con frecuencia, como tontos aburridos. Hay que entender que ese no es el camino y que se necesita de mucho valor para poder elegir el mejor.

Alemania, preocupada por consumo de alcohol entre adolescentes

Internacional - Martes 12 de junio (13:20 hrs.)

Berlín, 12 de junio.- El consumo de alcohol entre los adolescentes alemanes ha alcanzado cifras "preocupantes", incluso la mayoría participa en concursos para ver quien bebe más, informó hoy la Central Federal para Información sobre la Salud.

La comisionada del gobierno para los Problemas de Adicción, Sabine Bätzing, dio a conocer este martes los resultados de un estudio sobre el consumo juvenil de alcohol, realizado entre tres mil 600 alemanes entre los 12 y 17 años, y los calificó como "muy preocupantes".

En el estudio, que toma como base el 2006, quedó de manifiesto que los adolescentes bebieron a la semana un promedio de 50.4 gramos de alcohol puro, que equivale a 1.3 litros de cerveza.

En 2004 fueron 44.2 gramos de alcohol puro (1.1 litros de cerveza) y en 2005 un total de 34.1 gramos de alcohol puro (0.8 litros de cerveza), según el reporte. Del total de encuestados respecto a 2006, 51 por ciento participó en competencias para beber y consumió de golpe cinco vasos de bebidas espirituosas o más, 11 por ciento más que en 2005.

Este tipo de competencias causó ya varias muertes entre los jóvenes este año por congestión alcohólica. El estudio señaló que la edad promedio de la primera borrachera se ubica en los 15.5 años y que 160 mil jóvenes entre los 10 y 25 años son alcohólicos o están en vías de serlo.

En Alemania se calculan unos 1.6 millones de alcohólicos, al tiempo que 10 millones beben en forma peligrosa que puede desembocar en adicción. Con estas cifras, las autoridades pusieron en marcha una campaña para despertar la conciencia de la población sobre el consumo de alcohol y las consecuencias.

El consumo de alcohol entre los jóvenes alemanes había disminuido de 1973 a 2000, pero volvió a aumentar entre 2001 y 2004 debido principalmente a la venta de los llamados "alcopops", bebidas de cola que contienen una fuerte dosis de alcohol.

El consumo de este tipo de bebidas alarmó a la sociedad y el gobierno les impuso una gravación fiscal más elevada. En un principio se pensó que eran inocuos y su consumo disminuyó, pero en el último año incrementó su gusto entre los jóvenes, al igual que la cerveza, en el caso de las jóvenes entre 16 y 17 años, y el vino.

La comisionada del gobierno alemán para los Problemas de Adicción aseguró que por el momento no hay planes para imponer una nueva gravación fiscal a la cerveza, sino que es la sociedad la que debe asumir mayor responsabilidad. (Con información de Notimex/MVC)

JUEVES, 19 DE MARZO DE 2009

Aumenta el número de adolescentes alcohólicos (QUINTANA ROO)

escrito por Diario de Yucatán

lunes, 19 de enero de 2009

CANCÚN. No obstante que Quintana Roo no está entre los estados con mayor consumo de alcohol, los problemas derivados del alcoholismo van en aumento, ya que provocan mayor ausentismo laboral, además de que es causa de al menos el 70 por ciento de los accidentes y hechos violentos, según se dio a conocer en el marco de la inauguración la XIV Semana Nacional Compartiendo Esfuerzos con A. A.

Durante el acto inaugural el director del hospital general Narciso Pérez Bravo destacó las graves consecuencias que trae el consumo del alcohol, ya que según explicó afecta el buen desarrollo de la sociedad y está directamente ligado con el aumento en el número de accidentes y de hechos violentos como homicidios, suicidios y vandalismo.

Asimismo dijo que es preocupante que cada vez haya más adolescentes y hasta niños que prueban el alcohol y se hacen adictos, lo cual provoca ausentismo escolar.

Agregó que con más frecuencia llegan al hospital general pacientes con graves problemas de salud, principalmente cirrosis hepática, debido al excesivo consumo de alcohol.

Por su parte Aurora Silva Castro, directora del Centro Nueva Vida de la supermanzana 516 expresó que es importante brindar apoyo a la persona alcohólica, ya que su adicción es una enfermedad y como tal debe tratarse; agregó que para ese fin se cuenta con dos centros de ayuda ubicados en las supermanzana 221 y 516.

En su intervención el responsable de los programas de salud de la Jurisdicción Sanitaria Número 2 Carlos Lizama señaló que se requiere hacer una mayor labor preventiva, a fin de evitar que más personas consuman alcohol.

Explicó que por ser Cancún un destino turístico, los empleados del sector de servicios están más expuestos al alcohol, por lo que cada vez hay más trabajadores con problemas de alcoholismo.

NEUROLOGÍA El abuso de alcohol puede dañar el cerebro adolescente

EL PAÍS - Barcelona - 22/02/2000

El daño cerebral en bebedores adultos está bien documentado, pero sólo recientemente se han empezado a estudiar los efectos del alcohol en el cerebro de los adolescentes. Un estudio patrocinado por el Gobierno de EEUU acaba de dar el primer aviso: el abuso de alcohol puede provocar en los adolescentes daños neurológicos y cognitivos irreversibles, justo en un momento en que su cerebro está en una fase crítica de desarrollo.

Las primeras pruebas concretas de que el alcoholismo puede afectar al funcionamiento del cerebro adolescente han sido publicadas en la revista *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* de febrero. La investigación se ha realizado con adolescentes alcohólicos, 33 jóvenes de 15 y 16 años que habían consumido alcohol en más de 100 ocasiones en su vida y no eran adictos a otras drogas y se evaluaron sus funciones cerebrales en comparación con la de otros chicos que no tomaban alcohol. "La gran diferencia que encontramos entre los adictos al alcohol y los no adictos era la referente a las funciones de la memoria. En su mayoría, los jóvenes adictos al alcohol tenían más problemas para recordar información nueva", señala Susan F. Tapert, de la Universidad de California, en San Diego (EEUU) y una de las autoras del estudio.

"Decidimos fijarnos en adolescentes de 15 y 16 años porque es un periodo relativamente bien delimitado de desarrollo cerebral", afirmó Tapert. "Ciertos desarrollos cerebrales, como el refinamiento de las conexiones neurales, se completan hacia los 16 años. El desarrollo de los lóbulos frontales -partes del cerebro importantes para el análisis y resolución de problemas y para la planificación- continúa aproximadamente hasta los 16 años. Esta época tan importante para el desarrollo cerebral es también el momento en el que algunos adolescentes empiezan a beber bastante".

Pero aunque el desarrollo neurológico y cognitivo de los adolescentes puede ser interrumpido, alterado o impedido por la exposición al alcohol, los cerebros jóvenes tienen más capacidad de recuperación y más posibilidades de desarrollo compensatorio, explica la directora de la investigación, Sandra A. Brown,

profesora de psiquiatría y psicología de la Universidad de California en San Diego.

Programa hospitalario. Los adolescentes que participaron en la investigación, financiada en parte por el Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, en sus siglas en inglés), se reclutaron de programas de tratamiento hospitalario y se compararon después de un mínimo de tres semanas de abstinencia con adolescentes de edad, sexo, nivel socioeconómico y educación similares sin historial de abuso de alcohol o drogas.

Mediante entrevistas clínicas, confirmadas por informes de los padres, los investigadores evaluaron la relación reciente y a lo largo de la vida con el alcohol y otras drogas, y el alcohol o síndromes de abstinencia de otras drogas. Ambos grupos participaron en pruebas de aprendizaje, memoria, función visual y espacial, capacidad lingüística, resolución de problemas y atención.

Inicio precoz en España. La iniciación en el consumo de alcohol se produce en España a edades cada vez más precoces, actualmente entre los 12 y 15 años, según los últimos datos del Plan Nacional sobre Drogas (PND). Uno de cada tres adolescentes españoles ya ha probado el alcohol de alta graduación antes de cumplir los 16 años. El consumo excesivo de fin de semana es otra de las características que revelan los estudios. Uno de ellos, realizado recientemente por el Gobierno Vasco, pone de relieve que el 27% de los jóvenes de entre 13 y 19 años bebe de forma excesiva. Los datos del Instituto de la Juventud referido a 1995 indican que el 62% de los jóvenes de 15 a 29 años son bebedores. Y otro dato del PND: 300.000 menores de 29 años se emborrachan diariamente.