

Evaluación de un Programa de Tratamiento para Dejar de Beber

Marina Velázquez Altamirano¹ Alberto Javier Córdova Alcaráz, Lidia Maribel Sánchez García & Ma. del Carmen Fernández Cáceres
Centros de Integración Juvenil, A. C.

Resumen

El objetivo del estudio consistió en evaluar los resultados del *Programa de tratamiento para personas que tienen problemas con su forma de beber* desarrollado en Centros de Integración Juvenil (CIJ). La valoración se realizó mediante un diseño cuanti-cualitativo, transversal, comparativo, *ex post facto*. La primera estimación, se llevó a cabo con una muestra intencional de 170 personas (133 hombres y 37 mujeres) que estaban participando en el programa. Para ello, se diseñó la Cédula de Evaluación del Programa para Bebedores (*CEPROBE*) que examina el área emocional, de salud, de integración social, la participación en conductas delictivas, la capacidad assertiva para enfrentar el ofrecimiento de bebidas alcohólicas y el consumo de alcohol, además de explorar la opinión general de los pacientes acerca del servicio y atención que se les brinda. Para el segundo análisis, se entrevistaron 24 psicólogos y 1 médico (7 mujeres y 18 hombres), a través de un cuestionario abierto que indaga la experiencia del terapeuta en el desarrollo del programa. En general, 47.3% de los pacientes disminuyeron el consumo, mientras que 48.5% logró abandonar el uso de alcohol. Con la prueba de *Kruskal-Wallis*, los resultados sugieren diferencias significativas en casi todas las áreas mencionadas y en el uso de alcohol de los sujetos. Bajo la percepción de los pacientes y del personal médico técnico, el programa cumplió con las pautas de calidad adecuadamente.

Palabras Clave: Evaluación Programas de Tratamiento, Consumo de Alcohol, Usuarios de Alcohol

Evaluation of a Treatment Program to Stop Drinking

Abstract

The aim of the study was to evaluate the results of the treatment *program for people who have problems with their drinking* developed at *Centros de Integración Juvenil*, institute dedicated to treat, prevent and investigate addictions in Mexico. The evaluation was made by a cuanti-cualitativo, transversal, comparative, *ex post facto* design. The first estimate was carried out with a purposive sample of 170 people (133 men and 37 women) who were participating in the treatment program. To do this, was design the test of *Program Evaluation for Drinkers (CEPROBE)* to examine the emotional and health state, social integration, criminal behavior, assertiveness to confront the offer of alcohol, habit changes attributed to alcohol program and to assess service quality standards. For the second analysis, 24 Psychologists and 1 Physician (18 men and 7 women) were interviewed it means at an open questionnaire that explores the experience of the therapist in the course of the program. Overall, 47.3% of the patients decreased de use of alcohol, while 48.5% were able to quit it. With the *Kruskal-Wallis* test, the results suggest significant differences in the socio-emotional status mentioned and alcohol use of the subjects. Under the perception of patients and therapist, the program fulfilled adequately quality standards.

Keywords: Evaluation of Treatment Programs, Treatment, Alcohol Abuse, Alcohol Drinkers

Original recibido / Original received: 11/06/2012

Aceptado / Accepted: 03/12/2014

¹ Correspondencia: Tlaxcala 208, Colonia Hipódromo Condesa, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06100, México, Distrito Federal (2º piso). Email: marina.velazquez@cij.gob.mx & veam_marina@hotmail.com

El consumo de alcohol representa un importante problema de salud pública en el mundo, es señalado como el tercer factor de riesgo de morbilidad, la principal causa de enfermedad en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa, occasionando aproximadamente 2.5 millones de decesos a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2011). De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC por sus siglas en inglés) se calcula que la prevalencia anual del consumo de alcohol es del 42%, porcentaje que es 8 veces superior a la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas del mundo (5.0%) (UNODC, 2012).

Concretamente, en México se detectó un aumento del consumo dependiente de alcohol entre 2002 y 2008 (4.1% a 6.2% respectivamente) afectando a casi cinco millones de mexicanos. Las edades de inicio se ubican mayoritariamente (55.2% de la población encuestada lo reportó) antes de los 17 años, situación asociada a la reproducción de patrones de consumo de alcohol de la población adulta (Secretaría de Salud 2008 y 2011), a la baja percepción de riesgo del consumo (Alonso, Del Bosque, Gómez, Rodríguez, Esparza y Alonso, 2009) y puede responder a un conjunto de circunstancias socioculturales, políticas y económicas que conforman el contexto ecológico donde socializa el sujeto (Pons y Buelga, 2011).

Este escenario, muestra que el consumo de alcohol ha servido de paso al uso de otras drogas, desinhibiendo la conducta de los consumidores, haciéndolos más vulnerables de aceptar sustancias como la marihuana y la cocaína y favoreciendo la práctica de conductas desviadas como la violencia, el descuido y maltrato a menores, el abandono laboral y la deserción escolar (Consejo Nacional de Drogas y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2009). Aparte de asociarse con problemáticas denominadas *no intencionales* como los accidentes vehiculares, caídas, traumatismos, envenenamientos, entre otros (Borges, Mondragón, Cherpitel y Rosovsky, 2003; López, y Rosovsky, 1998; Comisión Nacional Contra las Adicciones, 2011; Mann, Rootman, Shuggi & Adlaf, 2006; OMS, 2011; Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Epidemiología, 2013).

El impacto a la salud por el abuso de alcohol es considerable. A nivel mundial se asocia de manera importante a trastornos neuropsiquiátricos, padecimientos cardiovasculares, cirrosis hepática y diversos tipos de cánceres (OMS, 2011). Asimismo, ocasiona problemas de anemia y en el caso de las mujeres, el consumo de alcohol en el embarazo puede provocar deformidades de cráneo y cara del feto, retardo mental y bajo peso al nacer (CONADIC, 2011). También, se vincula con enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, la tuberculosis e infecciones de transmisión sexual (OMS, 2011).

Ante esta problemática, diversas instancias han desarrollado programas de intervención preventiva, de tratamiento e investigación del consumo de alcohol. Entre los que se pueden mencionar: la *Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.* que ha instituido programas y campañas en la promoción de un cambio cultural con respecto al consumo (FISAC, 2013); en el *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz* se creó un Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), conjuntamente se diseñan modelos de intervención y se

realiza investigación clínica, epidemiológica y social sobre alcoholismo (INP, 2013).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) ha creado estrategias políticas e intervenciones de base científica dirigidas a la reducción del impacto en la salud pública por el consumo y producción informal de alcohol, la mitigación de las consecuencias negativas, la respuesta de los servicios de salud, entre otros, con el fin de proteger la salud y reducir la ingesta; el *Centro Nacional de Prevención de Accidentes*, amplió la capacitación en programas de alcoholimetría para atender la problemática del uso nocivo de alcohol (CONADIC, 2011). Del mismo modo, la *Secretaría de Salud* desarrolla junto con la *Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.*, programas con información sobre el alcoholismo y entre otras acciones, respalda el *Programa de tratamiento para consumidores de alcohol (PTCA)* implantado en Centros de Integración Juvenil (CIJ), cuyo propósito versa en la disminución o abandono del uso de alcohol, a través de la atención integral a los problemas psicológicos y de salud generados por el consumo. Esto incluye la rehabilitación, reinserción social, apoyo y orientación a los familiares en el mejoramiento del desempeño y calidad de vida de las personas (Franco & Chávez, 2010).

En lo que respecta al *PTCA* se consideró relevante valorar la eficacia o impacto del programa con el objeto de identificar necesidades del desarrollo del programa (Aubel, 2000, Ballart, 1992; Guzmán, 1991). Asimismo, se puede ofrecer certidumbre a la comunidad sobre las alternativas y eficacia de los programas existentes para atender el uso de sustancias. Del mismo modo, puede resultar una aportación de aspectos relevantes a considerarse en entidades que ofrecen tratamiento para personas con problemas de alcoholismo.

Método

La evaluación del *PTCA* se llevó a cabo mediante un diseño cuantitativo, transversal, comparativo y ex post facto. El estudio se realizó en 19 *CIJ* localizados en los Estados de Baja California Norte, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guadalajara, Hidalgo, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa y Tabasco. A través de un muestreo no probabilístico se reunió un total de 170 pacientes (78.2% hombres y 21.8% mujeres) con una edad promedio de 29 años (± 13.5 años), si bien, las edades oscilaron entre los 12 y los 66 años.

En la indagatoria de la experiencia terapéutica participaron 24 psicólogos y 1 médico (7 mujeres y 18 hombres).

El análisis consistió en el análisis no paramétrico *Kruskal-Wallis* (Pardo y Ruiz, 2002) para determinar si se presentaban diferencias significativas en el estado emocional, de salud, de reinserción social (relación familiar, relación interpersonal e inserción laboral y/o escolar), la capacidad asertiva para resistirse a la oferta de alcohol, la participación en conductas delictivas y la disminución o abstinencia del consumo de alcohol durante los tiempos de permanencia de los pacientes en el tratamiento (Tabla 1); se describen los resultados de la apreciación del paciente en relación a estándares de calidad del servicio.

Tabla 1

Agrupación de los pacientes por tiempo de permanencia en el PTCA

Tiempo en el tratamiento	Frec.	%
Menos de 1 mes	53	31.2
De 1 a 3 meses	76	44.7
De 4 meses a 1 año	15	8.8
Seguimiento	26	15.3
Total	170	100

Por otro lado, se realizó el análisis inductivo con la finalidad de explorar la eficacia del tratamiento y sus posibles necesidades de ajuste y adecuación. Siguiendo el enfoque de Trent (Hancock, 1998; Lacey & Luff, 2001), el estudio incluyó la categorización y codificación de las respuestas de los terapeutas.

Consideraciones éticas

La participación de los pacientes fue voluntaria con el señalamiento de que su tratamiento no estaría de ningún modo condicionado a su participación en el estudio. Asimismo, se les garantizó la confidencialidad y anonimato de la investigación.

Instrumento

Se diseñó la *Cédula de Evaluación del Programa para Bebedores (CEPROBE)*, instrumento auto-aplicable e integrado en su mayor parte por reactivos cerrados y agrupados en diferentes secciones; datos sociodemográficos; patrón de consumo de sustancias en el último mes; apreciación del área emocional, de salud, de integración social, la capacidad asertiva para enfrentar el ofrecimiento de alcohol, la participación en actividades delictivas y la disminución o abstinencia del consumo de alcohol asociadas al PTCA, desde la perspectiva del paciente. Por último, se analizó la opinión de los pacientes acerca del servicio.

Asimismo, se elaboró un cuestionario con preguntas abiertas que exploran la experiencia del personal en la aplicación del programa. De manera general, los cuestionamientos se encauzaron a indagar la experiencia del terapeuta en el desarrollo del tratamiento, los beneficios, las fortalezas y las necesidades de adecuación del programa, así como, los factores que condicionan la adherencia del paciente.

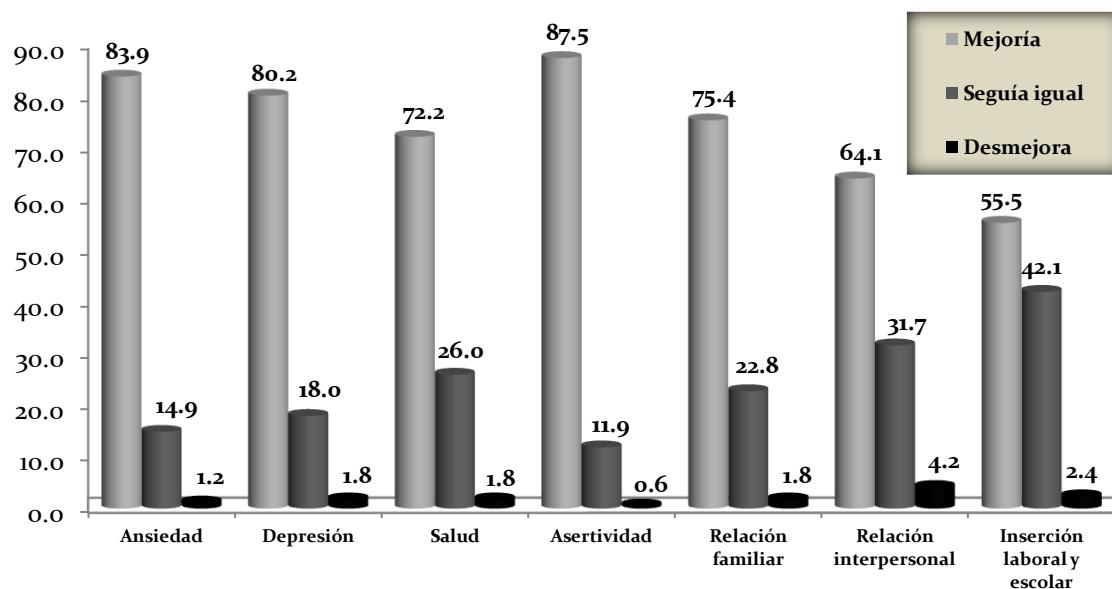
Resultados

Con respecto al patrón de consumo, los mayores porcentajes se situaron en el uso de alcohol (41.7%), tabaco (30.4%) y marihuana (12.8%) durante el mes anterior a la entrevista (Tabla 2).

Tabla 2
Consumo de sustancias en pacientes del PTCA en el último mes

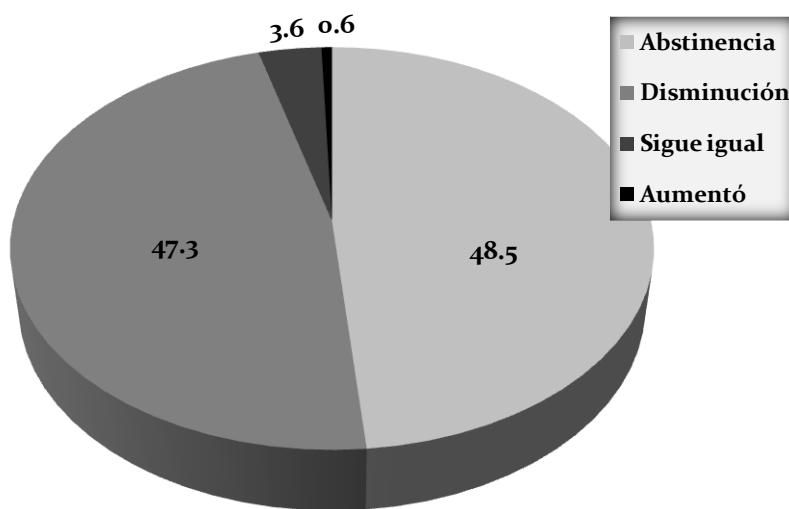
Sustancias	Frec.	%
Alcohol	70	41.7
Tabaco	51	30.4
Marijuana	21	12.8
Inhalables	9	5.5
Metanfetaminas	7	4.3
Benzodiacepinas	6	3.7
Cocaína	4	2.4
Crack	4	2.4
Éxtasis	3	1.8
Otras sustancias	2	1.2
Anfetaminas	1	.6
Heroína	0	0

De acuerdo a los cambios percibidos tras participar en el programa, 83.0% mencionó que su situación emocional había mejorado. En cuanto al estado de salud, 72.0% de los sujetos observaron cambios favorables. En lo que respecta a la interacción social, la tercera parte de los pacientes percibió una mejoría en la relación con la familia, 64.1% mejoró la interacción con otras personas, 55.5% optimizó su integración en el contexto laboral y/o escolar. En cuanto a la capacidad para enfrentar el ofrecimiento de bebidas con alcohol, 87.5% se percató que sus estrategias de afrontamiento eran más eficaces (Gráfica 1). Del mismo modo, 85.0% de los sujetos (60 personas) que habían participado en algún tipo de actividad delictiva y ya no lo hacían, atribuyeron al tratamiento el abandono de esta conducta.



Gráfica 1. Percepción de mejoría biopsicosocial de los pacientes asociada al PTCA (%)

En lo que respecta al uso de alcohol, 48.5% logró la abstinencia, mientras que 47.3% disminuyó el consumo. De igual forma, 64.6% atribuyó al programa el abandono del consumo de sustancias diferentes al alcohol (Gráfica 2).



Gráfica 2. Percepción de los pacientes sobre su situación de consumo de alcohol asociado al PTCA (%)

Los resultados de la prueba de *Kruskal-Wallis*, reflejaron cambios estadísticamente significativos en diversas áreas de ajuste psicosocial de los pacientes, tales como la presencia de síntomas de ansiedad o depresión, estado de salud, relación familiar e interpersonal, reinserción escolar o laboral, habilidades de comunicación asertiva, presencia de conductas delictivas y, por supuesto, consumo de alcohol y/o drogas (ver Tabla 3).

Tabla 3
Resultados con la prueba de Kruskal-Wallis

Aspectos evaluados	χ^2	Significancia
Ansiedad	15.102	.002*
Depresión	13.747	.003*
Estado de salud	13.621	.003*
Relación familiar	11.311	.010*
Relación interpersonal	8.491	.037*
Inserción escolar y/o laboral	10.331	.016*
Asertividad	14.693	.002*
Conductas delictivas	4.119	.249
Consumo de sustancias	8.340	.039*
Consumo de alcohol	11.059	.011*

Nota: * $p<.05$

Estándares de calidad del programa

Al evaluar diversos aspectos relacionados con la calidad del servicio, la mayoría de las personas lo calificó como bueno o excelente. En este sentido, tres de los mayores porcentajes corresponden a las categorías de respeto, cortesía y amabilidad (80.6%), trato brindado al paciente (78.6%) y habilidades y conocimientos del terapeuta (73.5%) [Tabla 4].

Tabla 4

Apreciación de los estándares de calidad del PTCA por los pacientes (%)

Estándares de calidad		Excelente	Bueno	Malo	Pésimo
Claridad de la información		61.2	38.2	0.0	0.6
Habilidades y conocimientos del profesional		73.5	25.9	0.0	0.6
Veracidad de la información		61.5	37.9	0.6	0.0
Facilidad para contactar con el CIJ		58.7	40.1	1.2	0.0
Trato recibido		78.6	20.8	0.0	0.6
Adaptación a necesidades de horario		51.2	47.1	1.2	0.6
Cuota que se paga por el servicio		58.8	41.2	0.0	0.0
Disponibilidad del personal del CIJ		69.2	30.2	0.0	0.6
Respeto, cortesía y amabilidad		80.6	18.8	0.6	0.0
Puntualidad en la atención		62.7	34.3	2.4	0.6

Consideraciones generales de los terapeutas para la mejora del tratamiento de personas con problemas de consumo de alcohol

Los terapeutas refirieron que el PTCA es eficaz en la "...remisión de conductas adictivas y cambio por conductas más eficientes...", "...autocuidado...", "...ofrece un grupo de apoyo al paciente..." que le "...va llevando a la reflexión e incremento de habilidades..." asertivas, de autocontrol y relajación. Se refiere que el paciente puede contar con un tratamiento sistematizado "...focalizado y de corto plazo que es claro respecto al objetivo que se busca..." y del que puede obtener cambios desde las primeras sesiones, información veraz sobre "...los daños y consecuencias en su salud..." y le provee de elementos para realizar planes de acción, métodos precisos y orientados hacia sus objetivos.

Se consideró importante la "...formación de grupos homogéneos..." para la mejor integración de los participantes, por ejemplo grupos sólo de mujeres, pues en su experiencia han observado que ellas en ocasiones no logran armonizar con pacientes hombres; grupos de pacientes según tipo sustancias consumidas, sean policonsumidores o sólo usuarios de alcohol; y conjuntos de usuarios jóvenes o adultos. También se destacó la relevancia de contar con espacios adecuados para el trabajo con el grupo y con una actitud flexible, particularmente en la ejecución de sesiones complementarias "...de acuerdo a las necesidades particulares de cada grupo..." y a "...situaciones específicas en los y las pacientes...", incluso la atención "...individual para poder atender en tiempo las necesidades de la población...".

Asimismo, recomendaron trabajar más con la "...percepción de riesgo y motivación..." de los pacientes, debido a que al ser el alcohol una "...droga de uso legal, se normalizan los consumos..." y "...el paciente no ve el abuso de alcohol como un problema...". Igualmente, propusieron acentuar temáticas

relacionadas con "... satisfactores cotidianos...", "situaciones de manejo de emociones...", "...postergación de la gratificación...", "...énfasis en el control de pensamientos irrationales asociados al consumo..." y acentuar "...el desarrollo de habilidades de afrontamiento...".

Los terapeutas también expresaron interés por ampliar su capacitación en temas como equidad y género, particularmente la "...intervención específica para mujeres...", integrando actividades en el tratamiento específicos en el caso de ellas, debido a que "...sus condiciones de bebedoras son diferentes en ocasiones...".

Además, resaltaron situaciones que han detectado que influyen en la permanencia del paciente en el PTCA. Uno de las que se mencionó fue "...la incorporación de la familia al tratamiento de forma simultánea...", sobre todo cuando el ambiente familiar es desfavorable o prevalece el consumo de alcohol al interior de la misma. Del mismo modo, se señalaron otros aspectos como la limitada solvencia económica de los pacientes; la incompatibilidad de horarios con los planes de los programas y la presión de instancias escolares, legales, laborales o familiares para que la persona acuda a tratamiento.

Discusión

Las personas que participaron en el estudio dan cuenta de que el *PTCA* constituye un programa eficaz para tratar el consumo de alcohol y los riesgos asociados a su uso. La mayor parte de los participantes en el programa lograron cumplir su meta de disminución o abstinencia total del consumo de alcohol. Asimismo, de acuerdo con lo referido por los pacientes el *PTCA* favoreció su integración en la esfera laboral, escolar y en la vinculación positiva con la familia, habilita la capacidad de las personas para enfrentar el ofrecimiento de sustancias, disminuye la participación en actividades delictivas y reduce problemas de tipo emocional y de salud. El uso de alcohol es una circunstancia que surge por diferentes situaciones en la vida de los sujetos y requiere de una atención integral, que vaya más allá de querer persuadir a las personas para lograr la abstinencia. En este sentido el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010), señala que el tratamiento para el uso de drogas demanda diversos servicios que cubran las necesidades de cada paciente y pueden ir desde la intervención médica, psicológica y social, hasta las vocacionales. Por su parte Valdes-Stauber (2003), ratifica que un trabajo de desintoxicación alcohólica sin la motivación adecuada para el cambio de la conducta de consumo puede considerarse como una intervención empobrecida.

En lo que respecta a la evaluación de la calidad del servicio, los pacientes consideraron que el *PTCA* les ofrece un servicio de calidad, perciben una atención adecuada, consideran que la información que se les proporciona es clara y verídica. Asimismo, el costo del servicio y el traslado al CIJ les pareció accesible.

Por otro lado, el personal operativo realizó aportes para mejorar la calidad del *PTCA* y que también pueden ser considerados por otras instancias que se dedican a atender el mismo problema. Por destacar algunos, se señala la

importancia de formar grupos de pacientes homogéneos y en su caso, considerar la intervención individual. Además se propusieron sesiones complementarias para pacientes que lo requieran, aspectos que también recomienda el Instituto Nacional para el abuso de Drogas (NIDA, 2010; 2008).

En cuanto a la adherencia al tratamiento, dos aspectos señalados fueron, por un lado, el involucramiento de los familiares en el tratamiento, situación que el CONADIC e INPRF (2013) resaltan. Por otro lado, se sugirió trabajar para incrementar la percepción de riesgo del consumo de alcohol. Debido a ello, Uribe, Verdugo y Zacarías (2011) exhortan el trabajo diferenciado en hombres y mujeres en cuanto a la percepción de los efectos y consecuencias negativas del alcohol y otras sustancias.

De acuerdo con los resultados, se puede concluir que el *PTCA* es eficaz en la rehabilitación de personas que tienen problemas con su forma de beber. En este sentido el NIDA (2008), señala que los tratamientos para usuarios de sustancias pueden mitigar los daños orgánicos derivados del consumo e incidir en el comportamiento de los usuarios, ayudándoles a recuperar el control sobre sus vidas. No obstante, resulta necesario a la poste efectuar evaluaciones que incluyan otros aspectos que completen el conocimiento del curso de los programas, incluyendo entrevistas a pacientes, al grupo de personas que intervienen en el proceso de tratamiento, sea médico, psicólogo, psiquiatra u otro y de manera más ambiciosa la observación del proceso de tratamiento grupal que si bien, requiere de mayores recursos y tiempo, no se descarta la posibilidad de llevarlos a cabo, particularmente el análisis de diferencias entre hombres y mujeres.

Referencias

- Alonso Castillo, M.M., Del Bosque Moreno, J., Gómez Meza, M.V., Rodríguez Aguilar, L., Esparza Almanza, S.E. y Alonso Castillo, B. (2009). Percepción de normas sociales y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Anuario de Investigación en Adicciones 2009*, 10(1), 40-50.
- Aubel, J. (2000). *Manual de evaluación participativa del programa: Involucrando a los participantes del programa en el proceso de evaluación* (2^a. ed.). Maryland, Estados Unidos: Catholic Relief Services y Child Survival Technical Support.
- Ballart, X. (1992), *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos?: Aproximación sistemática y estudios de caso* (1^a. ed.). Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas.
- Hancock B. (1998). *Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: An Introduction to the Research Process*. Trent Focus Group.
- Borges, G., Mondragón, L., Cherpitel, C.Y. y Rosovsky, H. (2003). El consumo de bebidas alcohólicas y los servicios de urgencias: realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente – 1986-2003. *Salud Mental*, 26(5), 19-27.

- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2011). *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas: Actualización 2011-2012*. México: Secretaría de Salud.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones e Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (noviembre 2013). *¿Qué hacer ante el consumo de alcohol o drogas?*. Recuperado de http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/que_hacer_consumo.pdf
- Consejo Nacional de Drogas y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2009). *Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de 8vo. curso del nivel básico y 2do. y 4to. del nivel medio*. Santo Domingo: Consejo Nacional de Drogas.
- Franco Bey, R. y Chávez Vizuet, E. (2010) *Tratamiento para personas que tienen problemas con su forma de beber. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Manual de aplicación*. México: Centros de Integración Juvenil, A. C.
- Fundación de Investigaciones sociales A. C. (junio, 2013). *Alcohol-Infórmate*. Recuperado del sitio de Internet de FISAC: <http://www.alcoholinformate.org.mx/>.
- Guzmán, L. (1991). La evaluación de programas sociales: definición y diseño. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000168.pdf>.
- Instituto Nacional de Psiquiatría (febrero, 2013). Servicios y Servicios CAAF. Recuperado del sitio de Internet del INP: <http://www.inprf.gob.mx/clinicos/caaft.html>.
- Lacey, A. y Luff, D. (2001). *Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: Qualitative Data Analysis*. Trent Focus Group.
- López, J.L. y Rosovsky, H. (1998). El papel que desempeña el alcohol en los motivos por los que se les da atención en los servicios de urgencia y estimación del riesgo asociado en los traumatismos. *Salud Mental*, 21(3), 32-38.
- Mann, R. E., Rootman, D. B., Shuggi, R. & Adlaf, E. (2006). Assessing consequences of alcohol and drug abuse in a drinking driving population. *Drugs: education, prevention and policy*, 13(4), 313-326.
- National Institute on Drug Abuse (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Publicación NIH No. 08-5605 (S).
- National Institute on Drug Abuse (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones* (2^a. ed.). NIH Publicación No. 10-4180(S).
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012). *Informe mundial sobre las drogas 2012*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la salud (febrero, 2010). *Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia*. Recuperado de http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/JP_Brochure_-_Spanish.pdf.

- Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*: Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (Febrero, 2011). *Alcohol* [Nota descriptiva No. 349]. Recuperado del sitio de Internet de la OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>.
- Pardo Merino y Ruiz Díaz (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Mc Graw Hill: España.
- Pons, J. y Buelga, S. (2011). Factores Asociados al Consumo Juvenil de Alcohol: Una Revisión desde una Perspectiva Psicosocial y Ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20 (1), 75-94.
- Secretaría de Salud (2008). *Encuesta nacional de las adicciones 2008*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Salud (2009). *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM 028-ssa2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Recuperado de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pprg/NOM028-SSA2-2009.pdf>.
- Secretaría de Salud (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de Alcohol* (1^a. ed.). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Epidemiología (2013). *Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones: Informe 2012*. México.
- Uribe Alvarado, J. I., Verdugo Lucero, J. C. y Zacarías Salinas, X. (2011). Relación entre la percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55.
- Valdes-Stauber, J. (2003). Estrategias en el tratamiento de desintoxicación alcohólica. *Adicciones*, 15(4), 351-368.