



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Evaluación de una intervención
cognitivo-conductual para mujeres
migrantes que abusan del alcohol y
tienen conductas sexuales de riesgo**

TESIS PRESENTADA POR

Alejandra Ceja Fernández

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestra en Psicología

COMITÉ TUTORIAL

Jennifer Lira Mandujano (Tutor)

Doctora en Psicología y Salud

María Elena Rivera Heredia

Doctora en Psicología y Salud

Kalina Isela Martínez Martínez

Doctora en Psicología y Salud

REVISORES

Gabriela Navarro Contreras

Doctora en Psicología Social

Judith López Peñaloza

Doctora en Psicología



MORELIA, MICH., JULIO DE 2014

ÍNDICE

Resumen	01
Abstract	02
INTRODUCCIÓN	03
1. LA MIGRACIÓN Y SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD	08
1.1. Principales problemas de salud en población migrante	11
1.1.1. Lugar de origen del migrante	12
1.1.2. El traslado del migrante	15
1.1.3. El lugar destino del migrante	16
2. CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA MIGRACIÓN	22
2.1. Clasificación del consumo de alcohol	23
2.2. Epidemiología del consumo de alcohol	28
2.3. Causas del consumo de alcohol	32
2.4. Consecuencias del consumo de alcohol	35
2.5. Consumo de alcohol en población migrante	39
3. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO Y SU RELACIÓN CON LA MIGRACIÓN	47
3.1. Definición de conductas sexuales de riesgo	50
3.2. Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo	53
3.3. Prevención de las conductas sexuales de riesgo	56
3.4. Conductas sexuales de riesgo en población migrante	59
4. TRATAMIENTOS EN POBLACIÓN MIGRANTE PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO	69
4.1. Tratamientos para el consumo de alcohol	71
4.2. Tratamientos para las conductas sexuales de riesgo	83
4.3. Tratamientos para el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo	92
5. MÉTODO	97
5.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	97
5.2. FASE I: Construcción Y Validación Del Inventario De Salud Sexual, Piloteo y sus Evaluaciones Psicométricas	102
5.2.1. Introducción	102
5.2.2. Método	105
5.2.3. Resultados	109
5.2.4. Discusión	113
5.3. FASE II: Validación de las historias “Historia de una noche de baile” y “Encuentro con una ex pareja” de la Intervención “Mujer Migrante Enfrentando los Desafíos” mediante grupo focal	117
5.3.1. Introducción	117
5.3.2. Método	118
5.3.3. Resultados	119
5.3.4. Discusión	125
5.4. FASE III: Presentación de caso de la Intervención “Mujer Migrante...Enfrentando los desafíos”	130
5.4.1. Introducción	130
5.4.2. Método	132
5.4.3. Resultados	136
5.4.4. Discusión	162
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	170
REFERENCIAS	178
ANEXOS	207

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres	108
Tabla 2. Descripción del Tipo de Migración	109
Tabla 3. Estructura factorial del Inventario de Salud sexual de la escala Prácticas Sexuales de Riesgo	111
Tabla 4. Varianza total explicada de la escala Prácticas Sexuales de Riesgo	111
Tabla 5. Estructura factorial del Inventario de Salud sexual de la escala Antecedentes Informativos sobre la Sexualidad	112
Tabla 6. Varianza total explicada de la escala Antecedentes Informativos sobre la Sexualidad	112
Tabla 7. Características Sociodemográficas de las Participantes del Grupo Focal	118
Tabla 8. Descripción de las modificaciones realizadas a la Historia de una noche en el baile	124
Tabla 9. Descripción de las modificaciones realizadas a la historia Encuentro con una Expareja	125
Tabla 10. Resultados de la Línea Base Retrospectiva (6 meses) de la sesión de evaluación	141
Tabla 11. Resultados del Inventario Situacional de Consumo	141
Tabla 12. Resultados del Balance Decisional	142
Tabla 13. Identificación de situaciones o eventos de riesgo y consecuencias de la historia Una Noche en el Baile	144
Tabla 14. Identificación de situaciones o eventos de riesgo y consecuencias de la historia Encuentro con una Expareja	145
Tabla 15. Identificación de situaciones de consumo de alcohol	146
Tabla 16. Identificación de situaciones de riesgo de conductas sexuales de riesgo	146
Tabla 17. Respuestas del ejercicio Comunicación Asertiva caso abuso de alcohol	148
Tabla 18. Respuestas del ejercicio Comunicación Asertiva caso conductas sexuales de riesgo	149
Tabla 19. Respuestas del ejercicio, negociación del uso de condón con mi pareja	150
Tabla 20. Identificación de pensamientos y emociones en torno a las relaciones sexuales	152
Tabla 21. Identificación de pensamientos y emociones en torno a las relaciones sexuales con uso de alcohol	153
Tabla 22. Identificación de pensamientos y emociones acerca del consumo de alcohol	154
Tabla 23. Plan de acción para el consumo de alcohol	156
Tabla 24. Plan de acción para las conductas sexuales de riesgo	156

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Patrón de consumo antes, durante y posterior al tratamiento	159
Figura 2. Consumo de alcohol moderado, excesivo y muy excesivo, del pretratamiento, postratamiento y seguimiento.	159
Figura 3. Patrón de las relaciones sexuales antes, durante y posterior al tratamiento.	160
Figura 4. Resultados de la Escala de Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento, antes, durante y después del tratamiento	161

Resumen

El objetivo general fue evaluar la efectividad de una intervención cognitivo conductual para disminuir y prevenir las conductas sexuales de riesgo y el abuso de alcohol en mujeres migrantes. La intervención fue breve de ocho sesiones, fue un estudio de caso. La participante tiene 27 años, con licenciatura, soltera, sin hijos y con experiencia de migración de retorno. Se aplicaron varios instrumentos: Breve Escala de Consumo de Alcohol, Inventario Situacional de Consumo, Escala de Disposición al Cambio, Inventario de Salud Sexual y auto-registros para conocer el patrón de consumo y de relaciones sexuales. Los resultados indicaron durante el tratamiento, un patrón de consumo de alcohol más bajo que antes y posterior al tratamiento. La moderación del consumo de alcohol se mantuvo al seguimiento, aunque aumentó la frecuencia del consumo. En las conductas sexuales de riesgo, reportó uso correcto de condón en sus últimas relaciones sexuales. También se construyó y validó el Inventario de Salud Sexual, aplicado a 210 mujeres con inicio de vida sexual, de 18 a los 43 años. Sus propiedades psicométricas fueron en la primera escala denominada Prácticas Sexuales de Riesgo una confiabilidad de 0.744. En la segunda escala llamada Antecedentes informativos sobre la sexualidad una confiabilidad de 0.842. Se validaron dos historias de la intervención por medio de un grupo focal, con situaciones de riesgo acerca del abuso de alcohol y conductas sexuales de riesgo. La relación que existe entre migración, consumo de alcohol y conductas sexuales es estrecha por lo que es importante atender las problemáticas que se derivan de estas prácticas y así evitar los daños en la salud (Antón y Espada, 2005; Kiepek, 2008; Woolf-King & Maisto, 2011).

Abstract

The general aim of the research was to evaluate the effectiveness of a cognitive behavioral intervention to reduce and prevent sexual risk behaviors and alcohol abuse, in migrant women. The intervention was brief, was a case study of eight sessions. The participant has 27 years, bachelor, single, childless and with return migration experience. Several instruments were applied: Brief Alcohol Scale, Inventory Consumption Situation, Readiness to Change Scale, Sexual Health Inventory and auto-records to know the pattern of consumption and sex. Results indicated during treatment, a pattern of alcohol consumption lower than before and after treatment. Moderation of alcohol consumption was maintained at monitoring, although it increased the frequency of consumption. In sexual risk behaviors, reported right condom use in their last sexual intercourse. Also constructed and validated Sexual Health Inventory, applied to 210 women with begin of sexual life from 18 to 43 years. Its psychometric properties were at the first scale denominated Risk Sexual Practices a reliability of 0.744. The second scale was denominated Background information about sexuality resulting a reliability of 0.842. Two stories of the intervention were validated by a focus group with risk situations for alcohol abuse and risky sexual behaviors. The relationship between migration, alcohol consumption and sexual behavior is narrow making it important to address the problems arising from these practices and prevent damage to health (Antón y Espada, 2005; Kiepek, 2008; Woolf-King & Maisto, 2011).

INTRODUCCIÓN

La migración tiene una larga tradición en la historia del hombre, actualmente juega un papel importante como uno de los fenómenos a nivel mundial cuyo alcance dentro de la cultura y sociedad afecta diversos aspectos, como el desarrollo humano, la salud, la economía, la política, entre otros. La migración es un proceso continuo de movilidad humana en donde los factores que intervienen son a nivel micro y macro contextuales, generándose condiciones muy particulares para el que decide migrar, donde las pérdidas son grandes y no todos aquellos que participan obtienen las ganancias esperadas. Surge así el interés por el estudio de este fenómeno, para poder resolver las problemáticas que se presentan a consecuencia de todo el proceso que implica el movimiento de un lugar a otro, se observan estudios desde la antropología, sociología, economía y más recientemente la psicología, que intentan describir y dar soluciones a las condiciones que enmarcan dicho fenómeno.

En este trabajo se revisan las condiciones socioculturales que propician las migraciones, los principales problemas de salud en la población migrante, la manera en que se modifican las prácticas sociales, laborales, culturales, como enfrentan su estancia en otro país y los mecanismos que se utilizan para sobrellevar el estrés y la angustia que el proceso genera. Se ha señalado que la situación de migración tiene en algunas ocasiones repercusiones en la salud física y mental, por ejemplo enfermedades de transmisión sexual o VIH/SIDA, estrés postraumático, depresión alcoholismo y consumo de drogas. Esto puede explicarse porque la población desconoce el riesgo que implica la migración, ya que se ha convertido en una tradición social y en una posibilidad de mejorar la calidad de vida (Arellanez y Sánchez, 2008; Borges, et al., 2008; CONAPO, 2008).

Por lo anterior, y al identificar los principales problemas de salud en la población migrante, se observa que el tema de las enfermedades de transmisión sexual se ha convertido en un tema importante de salud pública que está estrechamente relacionado con la migración global, esto implica un gran riesgo puesto que dentro de los grandes traslados de gente que sale de su comunidad de origen, van implícitas las enfermedades que padecen las personas y la migración se convierte en un escenario ideal para la propagación de las éstas, por lo tanto la circularidad de la migración, el contacto humano, la inequidad de género y los aprendizajes acerca de la forma en la que se practica la sexualidad en la comunidad de origen, serán algunos de los indicadores para su práctica en el destino. En el caso de las enfermedades de transmisión sexual se observa que uno de los factores que las favorece es que la gente que migra son principalmente jóvenes en edad de reproducción, puede ser con inicio o no de actividad sexual, generalmente sin pareja, características que pueden aumentar las probabilidades de tener conductas sexuales de riesgo (Gaspar de Matos, Gaspar, Simons-Morton, Reis & Ramiro, 2008; Harris, Dean & Fleming, 2005; He, et al., 2009; Painter, 2008; Wang, Li, Stanton & McGuire, 2010; Yang, Derlega & Luo, 2007).

En el caso del tema de las adicciones, específicamente el consumo de alcohol, actualmente es considerado como un grave problema social y de salud física y mental, tanto por sus causas como por sus repercusiones, y su estudio se ha centrado tradicionalmente en la persona adicta, su comportamiento, las consecuencias que se generan y los factores de riesgo asociados al consumo. Sin embargo se observa la importancia de estudiarlo contextualizado bajo determinadas circunstancias, como en el caso de la migración en donde se observa la estrecha relación que llega a tener en los migrantes, esto por los escenarios que se generan dentro de la migración y que están acompañados de estrés, sentimientos de soledad y falta de adaptación, que son factores de riesgo que predisponen en ocasiones el inicio o el aumento de consumo de alcohol (Sánchez, Arellanez, Pérez y Rodríguez, 2006).

Así mismo, en los últimos años se ha reconocido la necesidad de estudiar más a fondo el tema de las adicciones en las mujeres, si bien son los hombres que presentan mayores índices de consumo de alcohol, se observa un incremento en el consumo de la mujer, a la par que se observa un incremento en las migraciones por parte de las mujeres, variables que muestran la importancia de centrar las investigaciones en estas problemáticas, que si bien no es determinante esta relación, si indica un cambio en el comportamiento de las mujeres que las coloca ante situaciones vulnerables y riesgo (ENA, 2011; OIM, 2010).

Por lo anterior es que se considera que el fenómeno del alcoholismo requiere de un enorme esfuerzo que no solo permita entender el fenómeno, si no que se generen soluciones a la problemática, es por eso que se han creado e implementado intervenciones que intentan resolver las problemáticas del consumidor (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998; Ganvita, Gómez y Flórez, 2003; Martínez, Pedroza, Salazar y Vacio, 2010; Secretaría de Salud, 2012a), aunque se observa la necesidad de adecuarlas a distintas poblaciones y contexto. En este caso que estén dirigidas hacia las mujeres que abusan del alcohol, puesto que hasta hace unos años las adicciones era un tema que se abordaba más desde una visión masculina (Blum, Nielsen & Riggs, 1998).

Con base a lo anterior, se observa que en la actualidad los datos existentes de las problemáticas en la población migrante, no permiten dar cuenta de la proporción real de éstas, y una de las causas es porque las investigaciones realizadas se han hecho desde diversas metodologías, fuente de recolección de información, tipos de medición y percepciones de este sector de la población (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011; IOM, 2013; ONU, 2005; Vega, 2006).

En ese sentido es importante conocer los mecanismos que provocan el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo bajo el fenómeno migratorio e implementar tratamientos o intervenciones adecuadas y con base a la evidencia científica para prevenir este tipo de conductas, por lo anterior se presenta el siguiente estudio que tuvo como objetivo central la elaboración y evaluación de un tratamiento breve cognitivo-conductual para mujeres impactadas por el fenómeno migratorio, para disminuir el abuso de alcohol y las conductas sexuales de riesgo. Actualmente las intervenciones breves han demostrado ser efectivas y eficaces en el manejo de individuos con un consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, debido a su bajo costo, por reducir el daño y las problemáticas que el abuso de alcohol genera (OMS, 2001).

En el capítulo uno se contextualiza la migración para entender los principales problemas de salud que acompañan al fenómeno, en cada uno de los momentos por lo que atraviesa los migrantes, que son en el lugar de origen, el traslado y el destino, con el objetivo de identificar los factores de riesgo y las complicaciones a nivel psicológico que tiene los migrantes mexicanos al pasar la frontera con Estados Unidos.

En el capítulo dos se revisa el fenómeno del consumo de alcohol, la problemática actual que representa y sus implicaciones en la salud física y psicológica, sus definiciones y la relación con la migración, sus implicaciones, sus causas y consecuencias.

En el capítulo tres se aborda el tema de las conductas sexuales de riesgo, su definición, las causas y las consecuencias, así como las enfermedades de transmisión sexual, y la relación que existe con la migración como tema de salud.

En el cuarto capítulo se exponen los distintos tratamientos e intervenciones que se han elaborado y están dirigidos a la población que abusa del alcohol, así como los que se enfocan a las conductas sexuales de riesgo y los que se han realizado en población migrante que abusa del alcohol y tiene conductas sexuales de riesgo, destacando los tratamientos cognitivo-conductuales en las que sustentó la investigación.

En el capítulo quinto se encuentra el método de la investigación, el diseño de la investigación, los objetivos, las hipótesis y la definición de las variables. También describen cada una de las fases de la investigación, la primera es la construcción y validación del Inventario de Salud Sexual y se describe su procedimiento, método, los resultados y la discusión; en la fase II se encuentra la descripción del grupo focal que se realizó para validar dos historias que están incluidas en la Intervención, su procedimiento, método, resultados y discusión; y por último en la fase III se encuentra la descripción del caso de la intervención, así como los resultados arrojados y la discusión.

En el capítulo sexto, se encuentra la discusión de la investigación así como las conclusiones a las que se llegan con base a la investigación realizada, y por último están los anexos de la investigación, en donde encontrarán la Intervención “Mujer Migrante...Enfrentando los Desafíos”.

1. LA MIGRACIÓN Y SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD

En el presente capítulo se hace una contextualización acerca de lo que es el fenómeno migratorio desde una perspectiva psicológica, sus características en cada uno de los momentos por los que atraviesan los migrantes, el lugar de origen, el traslado y el lugar de destino, sus consecuencias, implicaciones y repercusiones, con la intención de que se conceptualice a la migración y se conozca la relevancia de su estudio, centrándose en la migración internacional México-Estados Unidos.

La migración, o el movimiento de población, en su mayoría es motivado por la necesidad que tiene el ser humano de mejorar sus condiciones de vida, por lo que la gente migrará a los lugares en los que puedan resolver sus necesidades, hay población que sale de su lugar de origen a las ciudades más grandes donde hay más oportunidades pero dentro de su país, lo que es conocido como migración interna; pero muchas veces, el país donde se radica es el que no brinda las condiciones ni las oportunidades, por lo que la gente buscará países con mejores condiciones, lo que se denomina migración internacional, como es el caso de la migración México-Estados Unidos, que es el que se abordará en el presente trabajo, que si Estados Unidos no es uno de los países con mayor cantidad de inmigración, no es el único, se observan por ejemplo movimientos migratorios en todo el mundo como las de los Africanos a la Unión Europea. Actualmente se hablan de 214 millones de migrantes internacionales, mientras que hace 10 años eran 150 millones, siendo el 3.1% de la población mundial, donde el 51% son varones y el 49% de la población migrante son mujeres (OIM, 2010).

La migración México-Estados Unidos tiene una larga tradición que en las últimas décadas se ha ido transformando en cuanto a magnitud, intensidad y características, marcando nuevas dinámicas del fenómeno (Zúñiga, Arroyo,

Escobar y Verduzco, 2006). Se calculaban alrededor de 33 millones de migrantes de origen hispano, de los cuales 11.9 nacieron su lugar de origen y 21.5 millones son descendientes de hispanos nacidos en Estados Unidos, en conjunto representan el 7.6 por ciento de la población total de Estados Unidos y el 27.7 por ciento de la población total hispanoamericana (Current Population Survey, 2010), para la población mexicana se calculan que 11.5 millones son migrantes no autorizados en Estados Unidos, de estos, 59% (6.8 millones) nacieron en México (INEGI, 2011), y en cuanto a la distribución de edad el 70 por ciento de los migrantes tienen entre 15 y 45 años que son la mayoría, el 13 por ciento es menor de 15 años y el otro 17 por ciento es mayor de 45 años (Salgado, González, Bojorquez e Infante, 2007).

Cifras que indican el impacto del fenómeno, y muestran como día a día un enorme movimiento de población intenta cruzar la frontera, lo generó que el país vecino intensificara y endureciera las barreras para impedir el paso hacia su país, lo cual redujo la cantidad de personas que lograban llegar a Estados Unidos, pero incrementaron los peligros para las que lo intentan.

Es importante señalar que las vías de acceso por las que los migrantes entran a Estados Unidos son las legales que es la visa, o de manera ilegal, en la cual no existe la documentación que acredite el acceso al país. Ingresar de manera ilegal es la más común y la más peligrosa, por el riesgo que constituyen las condiciones del trayecto al que se enfrentan (Durand y Arias, 1994).

Las causas por la que la gente decide migrar son múltiples, pero una de ellas se puede entender cuando se habla de las condiciones generales del país del que se parte, hoy en día las condiciones por las que atraviesa México, producto de la economía, la desigualdad, corrupción y el narcotráfico lo convierte

en un país vulnerable y por lo tanto en expulsor de gente en estado de vulnerabilidad, siendo las mujeres y los niños los que corren más peligro, por sus condiciones físicas y de género (Herrera, García, Nieto y Aréstigui, 1997; Salgado, et al., 2007).

Una de las características del fenómeno migratorio, es que dentro del proceso participan varias personas, no solo son las personas que se trasladan de su vivienda, se encuentran también las personas que se quedan en la comunidad de origen, las esposas de los migrantes, hijos, padres y los familiares, y para las personas que se trasladan de su lugar de origen se encuentran los migrantes permanentes o los migrantes que van y vienen a sus comunidades de origen.

Así se observa la participación de diversas personas y contextos que interactúan bajo el proceso de la migración, y ubican al fenómeno desde una perspectiva circular, personas que se van, personas que se quedan y aquellas que participan para que el proceso se dé, como lo polleros, que son las personas que cobran dinero por atravesar a los migrantes a Estados Unidos, la gente de la aduana, y la policía migratoria. Es por ello que cuando se hablan de escenarios circulares dentro de la migración, se ven a individuos que de manera recurrente retoman sus prácticas del lugar de origen en el lugar de acogida, vinculando una serie de escenarios, redes sociales, dinero, información, tradiciones y culturas, en ambos lados de la frontera, formando así un contexto transnacional, en donde comúnmente buscan mantener la comunicación, a través de las llamadas, internet, envío de las remesas, en oposición a aquellos que dejan atrás su pasado, pero no lo aprendido, y en donde para ambos se da una pluralidad cultural, asumiendo la cultura nueva junto con la del lugar de origen, creando nuevos estilos culturales que demandan necesidades específicas para las personas inmersas en esto, es un proceso de acoplamiento simultáneo de escenarios y procesos a lo que los migrantes se van moldeando (Moctezuma, 2011).

Por lo anterior es que la migración ha planteado retos importantes para las políticas de los gobiernos, de desarrollo, salud y comunidad científica, pues a pesar de que el flujo de la migración internacional se vio disminuida del año 2005 al 2009, producto de la crisis que aqueja a las grandes potencias, se ve un repunte en el 2010, por la economía, política y las redes sociales que se van formando ahora entre los dos países, y es importante asumir así la necesidad de atención por parte de las naciones hacia este fenómeno que sigue siendo tan actual a pesar de su carácter circular (Domínguez, 2011). Así como la necesaria reestructuración de los programas de salud pública en los países con mayor flujo de migración, para que se resuelvan las principales problemáticas, con estudios epidemiológicos certeros que indiquen la situación real de las enfermedades que necesitan atención, y poder hacer una vigilancia de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel global como, las infectocontagiosas, de nutrición, el consumo de drogas como el tabaquismo y el alcohol (Salgado, et al., 2007; Sánchez, et al., 2006).

1.1. Principales problemas de salud en población migrante

A continuación se muestra el impacto la migración internacional en la salud de la población que participa dentro de él, con el objetivo de brindar un panorama acerca de las repercusiones sociales, psicológicas y físicas que sufren las personas involucradas, en cada uno de los momentos de mayor vulnerabilidad por los que atraviesan los migrantes que son, el lugar de origen, el traslado y el lugar de destino (Salgado, et al., 2007).

Recientemente el fenómeno migratorio ha generado que organizaciones importantes a nivel internacional como la Organización Mundial de la Salud y la

Organización de las Naciones Unidas, decidan atender las consecuencias en la salud de las personas que migran, producto de las inequidades que viven los migrantes residentes en el país receptor, y que tienen un alto impacto en la epidemiología de algunas enfermedades a nivel mundial (Domínguez, 2011).

Se observa que las consecuencias que experimentan las personas al migrar, recaen directamente en su salud física y psicológica, esto al estar expuestas a un mayor riesgo, estrés, desprotección, condiciones insalubres, amenazas a la satisfacción de las necesidades básicas y violación a los derechos humanos, que los convierte en población con alto grado de vulnerabilidad social, y una característica importante que aumenta esta condición es el estatus legal del migrante y las políticas reglamentarias propias del país al que llegan, por lo que el migrante de una u otra forma se convierte en población con un alto riesgo psicosocial y físico (CONAPO, 2008). Para conocer la salud de los migrantes, es necesario contextualizarlo desde los principales puntos de mayor riesgo por los que pasan los migrantes al intentar ingresar a Estados Unidos, los cuales son el lugar de origen, el traslado y el lugar de destino (Salgado, et al., 2007).

1.1.1. Lugar de origen del migrante

El lugar de origen del migrante es la residencia del migrante, las características de su comunidad o localidad, sus prácticas, aprendizajes y manera de relacionarse, esto es importante de entender porque permiten identificar y conocer el grado de vulnerabilidad con el que viven, su grado de pobreza, la calidad de los servicios de salud y sanidad, las principales enfermedades y la inequidad, en la mayoría de estas localidades se observan un alto componente rural, pues muchas veces son de bajo sustrato económico, de familias numerosas con altas tasas de fecundidad, elevadas tasas de subempleo y desempleo tanto para los hombres como para las mujeres, así como bajos niveles de escolaridad y

analfabetismo, donde hay en general malnutrición, poco acostumbrados a contar con servicios urbanos (computadoras, lavadoras y transportación) y donde el grado de pobreza, las limitaciones en los servicios de salud, la falta de empleo y de educación, provocan un mal cuidado en la salud, sobre todo para los ancianos y niños en estas comunidades (OMS, 2008).

Las enfermedades que predominan en estas comunidades de origen son, las infecciosas, tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, trastornos como la depresión y ansiedad, las cuales se agravan porque el grado de pobreza y la falta de recursos hacia el sector salud son deficientes (Salgado, et al., 2007).

Es en la comunidad de origen donde la familia del migrante se queda, en su mayoría es la esposa, los hijos, hermanos y/o padres, a pesar de que toda la familia llega a verse afectada por la migración, unos miembros que más sufre las consecuencias es la esposa del migrante (Polanco y Jiménez, 2006).

Obregón, Martínez, Rivera y Cervantes (2012) mencionan en su estudio realizado a 62 mujeres esposas de migrantes del estado de Michoacán, que los principales factores estresantes que enfrentan cuando su esposo migra son la responsabilidad que adquieren en el hogar y con los hijos, y las principales emociones que experimentan son la angustia, incertidumbre y preocupación al no saber cómo está su esposo, y la espera de volver a reencontrarse con él, así concluyen en que estas emociones son las que estas mujeres manifiestan que las enferman continuamente.

Las esposas de migrante comúnmente experimentan trastornos psicosomáticos a partir del estrés y la soledad como, tensión muscular, lumbalgias, gastritis, dolor de cabeza, insomnio y colitis, así como un aumento en el consumo de sustancias como los ansiolíticos, alcohol, tabaco y drogas ilícitas (CONAPO, 2008).

Los hijos de los migrantes también sufren ante la pérdida de alguno de los padres de una manera estresante, que provoca en ocasiones conductas de rebeldía y un incremento en el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y drogas ilícitas (Fajardo, Patiño y Patiño, 2008).

También se observa que la migración afecta la salud en las comunidades de origen a través de la falta o insuficiencia de remesas, las cuales no son suficientes para cubrir las necesidades básicas, por consiguiente se desarrollan enfermedades como desnutrición y anemia, también se observan cambios sociales, culturales y en la estructura familiar que generan nuevos procesos de adaptación, cambios en las relaciones interpersonales y en la manera de comunicarse entre las familias, que ahora es por medio de la tecnología y medios de comunicación como el internet y el celular (CONAPO, 2008).

1.1.2. El traslado del migrante

El segundo momento del proceso migratorio que pone en riesgo la salud del migrante es el traslado, la manera en la que las personas cruzan la frontera a Estados Unidos, es importante mencionar que si se cuenta con visa los riesgos al ingreso se ven disminuidos considerablemente, pero cuando no se cuentan con documentos los peligros por lo que atraviesan son elevados e incluso mortales, puesto que las políticas del país y los reforzamientos militares en la frontera de México con Estados Unidos hacen del ingreso al país un campo de batalla (Duke & Gómez, 2009).

Las opciones que se tienen para ingresar a Estados Unidos cuando no se cuenta con los documentos son distintas, pueden ser por el desierto, nadando por el río, con papeles falsos, escondidos en camiones o coches. Dichas opciones obligan muchas veces a las personas a permanecer bajo un intenso calor o frío, con poca alimentación y agua, afectando su salud de manera importante. Así los riesgos a los que se enfrentan durante el trayecto son, el ataque por animales, abuso de las autoridades, abuso sexual, violación, maltrato, secuestro, ahogamiento, robo, abuso por parte de los grupos delictivos, accidentes automovilísticos o asesinato (Salgado, et al., 2007). Durante este proceso, las mujeres y los niños son los que se encuentran en mayor desventaja, en el caso de las mujeres, su estado físico y de género las ubica con mayor vulnerabilidad, siendo objeto de múltiples delitos, como la trata de blancas, violación, muchas veces se les obliga a tener relaciones sexuales a cambio del traslado o comida y la explotación laboral, lo que provoca un deterioro considerable en la salud física tales como, infecciones de transmisión sexual, VIH, desnutrición, embarazo no deseado o problemas psicológicos como trastornos de estrés postraumático o del estado de ánimo, que incluso pueden terminar en la muerte (Chiarotti, 2003; Fajardo, et al., 2008).

Por lo anterior, es que los riesgos a los que se exponen la población migrante durante el traslado los coloca en mayor vulnerabilidad para los trastornos mentales y psicosociales, el uso drogas, el alcoholismo y la violencia, sumado con el escaso acceso a la atención sanitaria durante el traslado aumenta la carga de enfermedades que puede contraer el migrante (OMS, 2008).

La manera en la que se trasladará el migrante permite conocer el estado de salud físico y psicológico con el que llegará a su lugar de destino y sus condiciones, lo que determinará en gran medida la manera en que se adaptará a su nueva residencia, de manera que si la persona al salir de su lugar de origen ya tiene condiciones de vulnerabilidad, su traslado se da bajo condiciones desgastantes y no atiende sus necesidades básicas, su llegada a Estados Unidos estará marcada por problemáticas en su salud importantes.

1.1.3. El lugar de destino del migrante

El último momento de riesgo dentro del proceso de la migración es cuando el migrante llega a su lugar de destino, primeramente tendrá que enfrentarse a su condición legal, pero de igual manera las condiciones para ellos son por lo general la escases de dinero, un estado de salud físico y psicológico alterado y desgastado, discriminación, ausencia de familiares y redes de apoyo y aun cuando tengan un hogar en donde pasar los primeros días, la incertidumbre por el futuro genera mucho estrés, por lo que el proceso de adaptación será complicado y les llevará tiempo pues están bajo un contexto que desconocen, más porque son países muy urbanizados poco comunes para ellos (Kupersztoch, 2007).

Se sabe que cualquier cambio en la vida del ser humano conlleva una serie de procesos de adaptación, los cuales generan niveles de estrés que son

considerados normales. Denominado esto como el proceso de aculturación Fajardo, et al. (2008) hacen una revisión teórica en donde plasman una serie de modelos que explican la relación de la aculturación con la salud mental en migrantes, en donde concluyen la clara relación entre el estrés, la migración, el proceso de adaptación y la salud mental, desde una perspectiva bidimensional, en donde se hace la diferenciación de la relación del inmigrante con su comunidad de origen y la relación que mantiene con la comunidad de destino, lo que determinará una aculturación positiva o negativa en el lugar de llegada. Es así como los migrantes asimilan ciertas prácticas de la sociedad americana como, la forma de vestir, peinados, consumo de alcohol y de ciertas drogas, que reproducen tanto en el lugar de destino como en su comunidad de origen (García y Tarrío, 2008).

Cabe mencionar que la aculturación resulta un proceso que es igual para ambos sexos, en los problemas de salud mental de los migrantes existen algunas diferencias en cuanto a la prevalencia de ciertas enfermedades para las mujeres y para los hombres, las causas de esto pueden ser las diferencias físicas y las desventajas sociales de género, en donde las mujeres son más vulnerables ante el proceso de la migración, puesto que corren el riesgo de experimentar repercusiones sociales, económicas, políticas y culturales (Chávez y Landa, 2008).

Para los migrantes adultos representan desventajas el no tener un servicio médico, pertenecer a un sustrato económico bajo, el estrés ocasionado por las expectativas de un futuro mejor y las extenuantes jornadas laborales, lo que puede generar conflictos y convertirse en sintomatología depresiva o algún trastorno mental como la depresión, trastornos de ansiedad o disfunción sexual, entre otros padecimientos, y no cuentan con las opciones necesarias para recibir ayuda psicológica (Rivera, 2011).

En el estudio realizado por Sánchez, et al. (2006) señalan que se identificó un índice elevado en el patrón de consumo de sustancias en 92 participantes, los cuales eran población migrante y no migrante, en su mayoría varones, con un promedio de edad de 26 años, en donde el 80% del total de la muestra indicó haber consumido alguna droga en la comunidad de origen y los migrantes continuaron con la práctica en el destino, modificándose el tipo de droga y aumentando en la frecuencia, por otro lado, también se señaló que al menos el 100% había consumido alguna vez en su vida alcohol y tabaco.

Se conoce que el grupo de la población adolescente migrante corre un riesgo importante de presentar problemas de comportamiento psicopatológicos, principalmente dos tipos de desórdenes emocionales y desordenes conductuales, especialmente conducta antisocial, conflictos de identidad y baja autoestima, así como el abuso del alcohol y otras sustancias (Fajardo, et al., 2008).

La vida para el migrante en el lugar de destino no es fácil, pues se enfrenta a factores estresantes como la búsqueda de trabajo o las exigencias del mismo, la ausencia de redes de apoyo y de aquello que dejaron en su lugar de origen, las propias exigencias de lograr sus metas, convirtiéndose estas en alguna de las causas y detonadores de enfermedades en el lugar de destino, los migrantes que entran al sector salud es principalmente por malestares físicos, dolores de cabeza, migrañas que son recurrentes, dolores gástricos, malestar intestinal, hipertensión, vómitos, dolores musculares, amenorrea, ulceraciones, dermatitis, caída de pelo, fatiga crónica. Otros problemas en la salud son, la diabetes y obesidad, accidentes en el trabajo, y problemas con el consumo de alcohol ya que muchos de los accidentes se dan por que están bajo el influjo de éste o bajo el influjo de otra droga (Kupersztoch, 2007; Farjado, et al., 2008). También traen consigo repercusiones en la salud como, la depresión, la ansiedad, las enfermedades

psicosomáticas, las adicciones y las conductas problema (Falicov, 2007 en: Rivera, Obregón y Cervantes, 2009).

Las principales causas de muerte en los migrantes mexicanos que van de los 18 a los 64 años de edad son, el cáncer, las lesiones por accidente y las enfermedades cardíacas. En la población de más de 65 años se encuentran las enfermedades cardíacas, el cáncer y la diabetes en ese orden (Wallace, Gutiérrez & Castañeda, 2008).

Los países receptores se encuentran ante un fenómeno que por su magnitud ha tomado tintes que obliga a las políticas de salud global, adecuaciones en el sector salud para resolver las problemáticas y enfermedades infectocontagiosas, puesto que el alcance que han tenido los resultados netos de morbilidad poblacional globalmente es impactante, cuestión que solo se resolverá el día que las inequidades sociales a las que se enfrentan las personas en su país de origen, así como los migrantes en país de destino, desaparezcan y reciban un trato de salud justo (Salgado, et al., 2007).

Instituciones norteamericanas como la Administración de servicios contra la drogadicción y salud mental, el departamento de salud mental y servicios Humanos EE. UU., Departamento de salud pública de Boston, Programas Neighbors, entre otras, han hecho investigaciones acerca de las medidas médicas que se tienen que tomar para la población migrante, encontrando que a pesar de que las políticas legales ofrecen ciertos servicios para esta población, es necesaria la adecuación de estos para que se logre un acoplamiento óptimo para la cultura, Waldstein (2010) menciona la importancia de conocer las prácticas médicas tradicionales que tienen los migrantes en Estados Unidos, en su estudio hace el análisis del cuidado en la salud por parte de mujeres migrantes cuando

estos no pueden acudir a los servicios médicos por su condición legal, utilizando remedios caseros y homeopáticos cuando alguno de sus familiares se encuentra enfermo. Otra de las alternativas que utilizan es la automedicación, consulta telefónica con familiares, uso de servicios privados, traslado a ciudades fronterizas, el retorno al lugar de nacimiento y la atención durante visitas estacionales al lugar de origen (Nigenda, Ruiz-Larios, Bejarano-Arias, Alcalde-Rabanal y Bonilla-Fernández, 2009).

Así mismo en España, que es un importante país receptor de población migrante, puesto que desde 1995 se ha convertido en un país al que llegan las personas provenientes de Latinoamérica, Norteafricanos y de la Unión Europea, planteado políticas de salud pública bajo las principales problemáticas a las que se enfrentan las instituciones respecto a la migración, y mencionan que uno de los principales conflictos son que las personas que proceden de países menos desarrollados tienen mal conocimiento de acerca de su salud y su cuidado, y se enfrentan a una cultura sanitaria donde hay más prevención y cuidado, entonces la propuesta del gobierno español se encamina a programas de prevención para la población migrante que brinde conocimientos acerca del cuidado de la salud (López-Vélez, Navarro y Jiménez, 2007).

Por lo anterior es que se hace evidente las necesidades de salud que tienen los migrantes, entre las que se encuentran los hábitos de higiene, el estado de salud de los migrantes al ingresar al país de destino y las restricciones que tienen para recibir los servicios médicos que muchos no están a su alcance, por lo que es preciso adoptar un enfoque de salud basado en las necesidades de la gente migrante, su cultura, religión, lengua y sexo, de manera en que se logre sincronizar las estrategias, opciones de política y las intervenciones que están destinadas al mejoramiento entre los distintos grupos de migrantes, que sea justo, equitativo y no discrimine, para que todos tengan accesos a los servicios de salud

preventivos y curativos y así se puedan modificar las cifras globales de mortandad y morbilidad de las principales epidemias (OMS, 2012).

A manera de conclusión, de acuerdo al momento del proceso migratorio en el que se analicen las problemáticas que tienen en la salud los migrantes, se identifican consecuencias físicas y psicológicas que requieren una atención especializada, porque lo que resulta importante crear políticas de salud reglamentarias que favorezcan a esta población de acuerdo a sus necesidades y características específicas, que sean justas, equitativas, no discriminen, de fácil acceso y enfocadas a incrementar el bienestar psicosocial y físico. Por lo que tiene que existir un esfuerzo en común por parte de las naciones y de los profesionales de la salud para atenderlas y que así se logren disminuir los riesgos por los que atraviesan y las consecuencias que padecen.

Por otro lado, se requiere de la detección oportuna y estrategias de acción pertinentes para prevenir los problemas de salud físicos y psicológicos, y no solo en las personas que migran si no también en las personas que son parte de la migración como la esposa y los hijos(as). En este sentido, resulta indispensable diseñar e instrumentar intervenciones psicológicas efectivas para la atención de los problemas particulares de la población migrante, así como la creación de instrumentos de medición confiables y validados.

Es por esto que para que se puedan resolver las problemáticas de salud asociados con la migración se requiere del esfuerzo conjunto de políticas e iniciativas globales, que atiendan tanto las enfermedades infecciosas, crónicas y los determinantes sociales de la salud, con la intención de involucrar globalmente a los países, tanto de origen como de destino (González, et al., 2008).

2. CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA MIGRACIÓN

En el presente capítulo se realiza una revisión sobre el consumo de alcohol, sus características, causas y consecuencias en la salud, así como también la manera en la que se relaciona el consumo de alcohol con el fenómeno migratorio, con el objetivo de identificar las características específicas de esta práctica en población migrante.

Actualmente el consumo del alcohol es una problemática a nivel mundial, lo que ha generado que distintas disciplinas como la psicología, la medicina, sociología, pedagogía, enfermería y el trabajo social, centren su interés en estudiarlo y atenderlo desde un enfoque multidisciplinario, puesto que es una problemática que impacta directamente el bienestar y la salud de la población, lo que genera costos y pérdidas importantes al sector salud a nivel mundial. De acuerdo con los datos globales es que se puede conocer el impacto de esta práctica, sin embargo, específicamente en la población migrante es complicado conocer datos confiables acerca de cómo consume esta población y qué consecuencias tienen, por la constante movilidad de las personas y/o por su condición legal, pero los datos que si se conocen son acerca del abuso de alcohol del migrante en el lugar de origen y son con estos datos que se pueden hacer inferencias acerca de la manera en que la población migrante está consumiendo alcohol. Es por ello que a continuación se revisan las estadísticas globales acerca del patrón del consumo de alcohol, los datos estadísticos de México, las causas y consecuencias del consumo de alcohol y también las definiciones de uso, abuso y dependencia de alcohol.

2.1. Clasificación del consumo de alcohol

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) denomina actualmente al alcoholismo como síndrome de dependencia al alcohol, el cual está incluido en el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades No. 10 y define como la dependencia al alcohol al conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. Estos fenómenos típicamente incluyen deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.

A partir del CIE-10, los criterios para identificar el síndrome de dependencia del alcohol son tres o más de las siguientes manifestaciones (OMS, 2009):

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, algunas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producía dosis más bajas.

- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza o extensión del daño.

Existe otra clasificación que hace el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2000), es su apartado de trastorno por abuso de sustancias, caso trastornos por consumo de alcohol, menciona dos, la dependencia del alcohol y el abuso de alcohol.

Los criterios para identificar el síndrome de dependencia del alcohol son los que se engloban para la dependencia de sustancias, un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, en algún momento de un periodo continuado de 12 meses, con tres o más de las siguientes manifestaciones:

1. Tolerancia, que se define con cualquiera de los siguientes puntos:
 - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes puntos:
 - a. El síndrome de abstinencia (interrupción o disminución del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades)

característico para la sustancia, en el caso del consumo de alcohol son dos o más de las siguientes manifestaciones:

- ✓ hiperactividad autónoma (por ejemplo, sudoración o más de 100 pulsaciones),
- ✓ temblor distal de las manos,
- ✓ insomnio
- ✓ náuseas o vómito,
- ✓ alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones,
- ✓ agitación psicomotora,
- ✓ ansiedad,
- ✓ crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
- ✓ estos síntomas no se deban a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener consciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

8. En el caso de la dependencia, se refiere a los individuos que al abusar del alcohol muestran síntomas de abstinencia y tolerancia a la sustancia. La tolerancia es la necesidad de consumir mayores cantidades de la sustancia, con el objetivo de obtener un estado de intoxicación o el efecto deseado, observándose que el efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye con su consumo continuado en forma clara. La abstinencia es la presencia de un cambio desadaptativo de la conducta, que se acompaña de componentes fisiológicos y cognoscitivos a causa de la interrupción o reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias. El síndrome específico de la sustancia consumida, causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad de la persona. La abstinencia se asocia comúnmente, aunque no siempre, a la dependencia de sustancias.

Para el caso de abuso de alcohol, debe de existir un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo y tres o más de las siguientes manifestaciones:

1. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de las siguientes manifestaciones en un periodo de 12 meses:
 - a. Consumo recurrente de sustancias, que dan lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela, o en casa.
 - b. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.

- c. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
 - d. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
2. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de alcohol.

El CIE 10, sólo menciona como requisito para el abuso de alcohol, la aparición de daño psicológico o físico, sin especificar el tipo de daño (OMS, 2009). En contraste con el DSM IV-TR (APA, 2000) el cual desglosa los síntomas que se esperan ante el abuso de alcohol. Estos síntomas se refieren, en el primer criterio, a una disminución del rendimiento en las actividades de la persona; el segundo criterio se refiere al consumo en momentos inadecuados, por ejemplo al manejar un coche en estado de ebriedad; el tercer criterio es la presencia de problemas legales, como arrestos por comportamiento escandaloso, asaltos, conducir bajo los efectos del alcohol, etcétera, y el cuarto criterio la presencia de dificultades con el entorno social, debido a la manera de beber.

En el caso de la dependencia, hay una equivalencia en los criterios para el CIE-10 y el DSMIV-TR, ambas mencionan la tolerancia a la sustancia, abstinencia, deterioro del control, negligencia en las actividades, aumento del tiempo centrado en la bebida, beber a pesar de las consecuencias perjudiciales, compulsión por la bebida, uso en situaciones peligrosas y presencia de problemas legales. Estos criterios incluyen los cambios en las reacciones fisiológicas hacia el alcohol, el patrón de consumo y las consecuencias adversas. La dependencia al alcohol provoca reacciones fisiológicas y cambios en la conducta, lo que genera problemas en la salud física y mental, así como consecuencias familiares y sociales desfavorecidas. Otros términos que son necesarios identificar dentro del consumo de alcohol la intoxicación por alcohol, el cual es un trastorno inducido por

el alcohol, el cual tiene como característica esencial la presencia de un cambio de psicológico o de comportamiento desadaptativo clínicamente significativo, que se acompañan de lenguaje farfullante, falta de concentración, marcha inestable, nistagmos, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma, estos síntomas no son debido a una enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (APA, 2000).

El término de Uso de alcohol, el cual hace referencia al manejo de la sustancia, la cual no tiene implicaciones de tipo clínico ni social. Así mismo también se le conoce como consumo ocasional o episódico en la que la relación con la sustancia, la cantidad y la frecuencia, así como la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no producen consecuencias negativas sobre el usuario ni su entorno. Considerando el consumo ocasional en los hombres de 50 gr por ocasión, lo que equivale a 4 copas estándar y en las mujeres de 40 gr por ocasión, lo que equivale a 3 copas estándar por día (Guardia, 2008).

2.2. Epidemiología del consumo de alcohol

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011a), el consumo de alcohol provoca unas 2,5 millones de muertes cada año en el mundo, por las consecuencias y los riesgos que se corren cuando se abusa del alcohol, y causa el 4% de la carga de morbilidad a nivel mundial, lo cual representa 58.3 millones de años de vida ajustados a la discapacidad (años potenciales de vida perdidos de vida sana a causa del mal estado de salud), ocupando así el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo y discapacidad (AVAD), lo que representan cifras muy elevadas y alarmantes que evidencian la problemática actual que se vive por los problemas de consumo del alcohol.

En las escalas mundiales, encontramos que el Pacífico Occidental y las Américas ocupan el primer lugar en la ingesta de alcohol con un 40% mayor que el promedio en las muertes relacionadas con el consumo de alcohol, patrones de consumo de alcohol, trastornos por el uso de alcohol y el alcohol como principal factor de riesgo para la carga de morbilidad en la región (Monteiro, 2007).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007) indica que para el año del 2002 en términos de carga de morbilidad, el alcohol causó en la región de las Américas, aproximadamente 323,000 muertes, 6.5 millones de años de vida perdidos y 14.6 millones de años de vida ajustados a la discapacidad en la Región. En cuanto al consumo de alcohol son los varones los tienen mayores niveles de carga de morbilidad atribuible al consumo en comparación con las mujeres, lo cual podría explicarse principalmente a su perfil de consumo de alcohol, tanto en volumen total, como en patrones más nocivos del consumo.

En cuanto al perfil de consumo, se observa que en la región de las Américas es de 8.7 litros de alcohol al año, lo cual resulta por encima de la media global que es 6.2 litros; países industrializados y desarrollados como Estados Unidos y Canadá tienen un elevado consumo per cápita, 9.3 litros de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de edad o más, se estima que hay un 11.2% de bebedores intensos con un consumo promedio de 14.3 litros por bebedor adulto. En países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad como Brasil, México, Chile y otros, el consumo per cápita es similar al de los países desarrollados, 9.0 de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de edad o más. El porcentaje estimado de bebedores intensos es ligeramente menor 9.1%, con un promedio similar de consumo per cápita de 14.1 litros por bebedor, aunque el patrón promedio de ingesta es mayor 3.1 comparándolo con 2.0 litros en EE.UU. y Canadá (OPS, 2007).

En países en vías de desarrollo con altas tasas de mortalidad, como Bolivia y Perú, el consumo promedio per cápita es menor, 5.1 litros de alcohol puro per cápita para personas de 15 años de edad o más, el porcentaje de bebedores intensos es menor 2.7 así como el consumo promedio 7.61, aunque el patrón promedio de ingesta es tan elevado como el de los demás países en vías de desarrollo. Por lo anterior es que se considera que los niveles de ingesta en las Américas son mayores que el promedio global, y en los índices de abstinencia o no consumo de alcohol, tanto para hombres como para mujeres, son consistentemente menores en la escala global, donde el 18% es para las mujeres y 39% para los varones en la región de los países en vía de desarrollo y bajos índices de mortalidad como México y Brasil (OPS, 2007).

A partir de lo anterior se puede observar la clara diferencia en las estadísticas respecto al consumo de alcohol por parte de las mujeres y los hombres, esto puede explicarse primeramente y principalmente a las diferencias en el proceso metabólico del alcohol, que en el hombre se hace más rápidamente, y en segundo están las cuestiones tradicionales, los hombres culturalmente beben más intensamente y con mayor frecuencia en los países desarrollados que en países en vía de desarrollo. En la región de las Américas, al comparar la prevalencia de ingesta entre las mujeres y los hombres, los resultados indicaron que los hombres beben más que las mujeres en la prevalencia de consumo intenso es tres o cuatro veces más común en el hombre que en la mujer, y donde se especifica que el género y las culturas ejercen una alta influencia sobre el uso y abuso del alcohol (Monteiro, 2007).

En el caso específico de México, la Encuesta Nacional en Adicciones (2011) menciona que existe un aumento significativo en la prevalencia de consumo de alcohol “alguna vez en la vida” que pasó de 64.9% en el 2002 a 71.3% en el 2011, en la “prevalencia del consumo en los últimos 12 meses” se

observa que pasó de 46.3% en el 2002 a 51.4% en el 2011, y en la prevalencia del último mes pasó de 19.2% en el 2002 a 31.6% en el 2011, cifras que indican el claro aumento en el patrón de consumo en la población mexicana. En el caso de las mujeres, la prevalencia en el consumo “alguna vez en la vida” pasó en el 2002 de 53.6% a 62.6% en el 2011, la prevalencia en la “última vez en el año” de 34.2% en el 2002 a 40.8% en el 2011 y la prevalencia en el “último mes” aumentó de 7.4% en el 2002 a 19.7% en el 2011.

En cuanto al patrón de consumo en el caso de la dependencia para las mujeres se triplicó pasó de 0.6% a 1.8% del 2002 al 2011 y en el consumo consuetudinario en las mujeres disminuyó de 2.3% a 1.4%. En cuanto a la población que solicita apoyo, las cifras indicaron que para el 2011, se atendieron 5437 casos en los centros nueva vida, de los cuales la droga de impacto referida era el alcohol (44.8%), seguida de mariguana (29%), solventes (10.4%), tabaco (9.4%) y cocaína (5%), de un porcentaje de 68% hombres y el 32% mujeres, las cuales la droga de impacto fue el alcohol en 53%, 13.7% tabaco, 12.4% mariguana, 11% solventes y 3% cocaína, de la población femenina el 71.4% son solteras, el 49% menores de 18 años, 27% de 35 a 65 años y el 19.7% de 18 a 35 años (ENA, 2011).

Con estas cifras se observa que a pesar de los esfuerzos que se han hecho por parte del gobiernos, instituciones y asociaciones, para regularizar y estandarizar el consumo de alcohol, las campañas y labores no han sido suficientes, la falta de adecuaciones a las iniciativas preventivas y específicamente a la población vulnerable en riesgo, hacen que la población consumidora carezca de recursos que faciliten su salud y bienestar. Con lo anterior reafirmamos la necesidad de que existan tratamientos que atiendan esta problemática, para que la epidemiología del consumo del alcohol gire hacia cifras más favorables.

2.3. Causas del consumo de alcohol

Las causas que generan un consumo problemático de alcohol son multicontextuales, dependen de una serie de factores y mecanismos psicológicos, físicos, genéticos, socioculturales y afectivos, que son difíciles de precisar y enumerar, sin embargo existen factores de riesgo que predisponen el consumo de la sustancia, también existe una larga historia y tradición de consumo que acompañan al hombre y que se ha vuelto un hábito y estilo de vida, puesto que el alcohol es un medio por el cual las personas se relacionan, obtienen placer y reconocimiento.

Dentro de los factores primordiales para entender el consumo de alcohol es el sociocultural, la familia, los amigos y el medio en el que la persona crece y se desarrolla es el que creará algunas de las condiciones para que la persona se convierta en consumidora y por el grado de exposición a las bebidas alcohólicas, las circunstancias y contexto que acompañan la ingesta y con las que las personas están acostumbradas a convivir (OMS, 2011a), actualmente producto de la globalización el acceso al alcohol es más fácil y más barato, en donde la única restricción que se tiene es la venta a menores de edad, medida que es fácilmente corrompida por la población adolescente, causas que han aumentado las cifras de consumo de alcohol en este sector de la población y ha generado que los trastornos por abuso de sustancia surjan en edades tempranas (OPS, 2007; Rojas, Real, García-Silverman y Medina-Mora, 2011).

Por lo anterior es que un factor de riesgo para el consumo de alcohol es la población en edad escolar, influidos por situaciones como la necesidad física, las sensaciones agradables o desagradables que experimentan, la presión social y el conflicto que llegan a tener con otras personas, así mismo se observa que el consumo de alcohol se realiza en conjunto de contextos y patrones de riesgo

como conductas sexuales de riesgo, circunstancias de violencia y accidentes de tráfico (Albarracín y Muñoz, 2008; Cruz, et al., 2011).

Algunas de las causas psicológicas que generan el consumo de alcohol son una dificultad en el manejo del estado emocional y afectivo, fluctuaciones en el estado de ánimo, la falta de control de los impulsos, la baja autoestima y la necesidad de aprobación, algunas personas toman para sobrellevar los problemas emocionales, abusos físicos, sexuales y psicológicos (APA, 2014; Salazar, Valera, Cáceres y Tovar, 2006). Así como la falta de habilidades sociales o la falta de estrategias de afrontamiento, parecen indicar una de las causas por la que las personas inciden en el consumo problemático de sustancias (Llorens, Perelló y Palmer, 2004).

El consumo del alcohol tiene relación con factores estresantes en la vida de las personas como antecedentes de violencia en la familia o con la pareja, y que se agudizan cuando hay consumo de alcohol por alguno de los miembros, así como trastornos psicológicos, de ansiedad, depresión o trastornos de la personalidad (Natera, Juárez, Medina-Mora y Tiburcio, 2007). Por lo anterior es que se relacionan el consumo de alcohol como generador de conflictos, o al contrario, que los conflictos psicológicos predispongan el consumo de alcohol, pero es clara la relación que existe entre ellos.

Los factores genéticos también juegan un papel importante dentro de las causas del consumo del alcohol, puesto que hacen más vulnerables a las personas que tienen antecedentes familiares del consumo problemático, sin embargo es importante aclarar que la existencia o no de estos antecedentes no determinan el abuso o no de alcohol en los hijos (APA, 2014).

En las cuestiones de género, el sexo es un riesgo que predispone el consumo de alcohol, se observa que este ha acompañado a lo largo de la historia al varón, en un ambiente público, lo que el ser hombre pone en mayor riesgo, mientras que el riesgo en el consumo de alcohol para la mujer es en cuanto a la cantidad de alcohol que ingiere, puesto que por su masa corporal su tolerancia es menos, anteriormente el consumo de alcohol en la mujer estaba restringido socialmente y su práctica era en lo privado, aunque los patrones de consumo se han transformado aumentando de unas décadas a la fecha, uno de los motivos puede ser la lucha de las mujeres por un lugar social, un trabajo fuera de casa y la posibilidad de vivir libre y sin prejuicios, a la vez que socialmente se alaba una mujer que tolera el alcohol como un hombre (Ramos, 2001).

Una de las características que han favorecido el consumo de alcohol para la mujer es el trabajo fuera del hogar, ya que abrió posibilidades para que la mujer tenga más espacios en los que puede consumir, tenga la economía para comprar el alcohol y esto representa mayor independencia en la toma de sus decisiones, por otro lado el trabajo es generador de estrés y el consumo de alcohol puede ser utilizado para relajarse después de una larga jornada laboral (Góngora y Leyva, 2005; OMS, 2011b).

En el estudio realizado por Alonso-Castillo, et al. (2009) se describen los factores de riesgo personales, demográficos y laborales relacionados con el consumo de alcohol y dan a conocer el vínculo de los factores de riesgo psicosocial con el consumo de alcohol en una muestra de 400 mujeres de Monterrey, en donde los resultados indicaron que el 75% de la muestra refiere haber consumido alcohol alguna vez en la vida y el 64.5% dicen haberlo hecho en el último año, y en cuanto al consumo en el último mes fueron el 24.6%, las causas del incremento en el consumo de alcohol por parte de las mujeres pueden tener distintas explicaciones, dicho por los mismos autores, en la edad de inicio de

consumo entre más joven sea este, mayor probabilidad en la prevalencia de consumo y de manifestación de dependencia en la mujer cuando el consumo es antes de los 17 años, en donde los factores personales que pueden predecir el consumo de alcohol, en el 39% de los casos son el estado marital de divorciadas, unión libre y separadas, en los factores psicosociales el 19.5% de las mujeres entrevistadas es su autoestima a mayor autoestima menor es su consumo de alcohol, para los eventos estresantes las mujeres que trabajan indican mayor consumo y en la parte afectiva se reporta una relación con una baja autoestima y los eventos estresantes que generan estados afectivos como ansiedad, depresión, rabia y hostilidad.

A partir de lo anterior se puede concluir que son los factores estresantes que acompañan la vida de las personas los que potencializan la ingesta del consumo de alcohol, puesto que sirve como mecanismo de afrontamiento por la sensación de relajación y anestesia que produce su consumo, sin embargo las consecuencias que genera son perjudiciales para el bienestar de la persona si su uso es excesivo y problemático (Llorens, et al., 2004).

2.4. Consecuencias por el consumo de alcohol

Las consecuencias del consumo de alcohol son múltiples, estas aumentan de acuerdo a la cantidad y la frecuencia con la que se abusa de la sustancia, puesto que el consumo de alcohol es considerado como un generador de conflictos. Las investigaciones realizadas en torno al consumo problemático de alcohol retoman como una de las consecuencias más importantes las que se tienen en el organismo, cuestiones como las enfermedades físicas y las patologías desarrolladas por el consumo y a pesar la carga de morbilidad relacionada con el alcohol, existen otros daños por el consumo, como las marcadas consecuencias sociales que surgen de su uso, como los problemas en las relaciones familiares y

personales, violencia, problemas laborales y económicos, maltrato y abandono de menores. Así como la comorbilidad del abuso de alcohol con otras sustancias como el tabaco, las drogas y trastornos como la depresión o ansiedad (Loury & Kulbok, 2007).

Marks, et al. (2005) hacen una clasificación de acuerdo a los riesgos que se corren bajo la intoxicación de alcohol, las cuales se describen a continuación:

Riesgos en lo que se pueden incurrir en una sola ocasión en estado de ebriedad: accidentes automovilísticos, accidentes industriales y domésticos como caídas, incendios y ahogamientos. Violencia doméstica, embarazos no deseados, contagio de VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual producto de una relación sexual sin protección.

Riesgos bajo el consumo regular y excesivo de alcohol: la muerte por cirrosis o pancreatitis, riesgo irreversible neurológico, incremento en los riesgos de enfermedades cardiovasculares o la aparición de algún cáncer, problemas relacionados con la dependencia al alcohol, exacerbación de los problemas pre-existentes como la depresión y problemas familiares, pérdida de empleo y reducción de las perspectivas laborales o escolares. Los riesgos de las mujeres durante el embarazo son el síndrome de abstinencia para el feto, abortos espontáneos y bajo peso de los bebés al nacer.

Algo muy importante es que el consumo de alcohol afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, porque está relacionado con la violencia familiar e interpersonal y accidentes fatales de tránsito, tanto para pasajeros como peatones.

Monteiro (2007) menciona que el alcohol al ser una sustancia psicoactiva afecta directamente al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo, y desencadena trastornos del sistema digestivo, como la inflamación del intestino, estómago y páncreas, trastornos del sistema nervioso como demencia o derrame cerebral y enfermedades cardiacas, así como ciertos tipos de cáncer como el digestivo, de seno.

Entre las principales consecuencias sociales que la población consumidora mexicana presenta la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2008) reporta que los problemas con la familia se presentó en el 10.8% de los encuestados, los cuales son más frecuentes en los varones mayores de edad, 3.8 hombres por cada mujer; para los adolescentes estas cifras son menos marcadas 1.3 hombres por cada mujer. En el caso de las mujeres las adolescentes presentan mayores conflictos familiares con un 7.8% a diferencia de las mujeres adultas que presentó un 3.9%, estos datos son mayores en la población con un perfil que tiende hacia un trastorno de abuso/dependencias debido a la frecuencia con la que abusan del alcohol que en la población que no tiene estas características. En segundo lugar de las problemáticas puntúan las peleas que tienen los consumidores con un 6% y los problemas con los policías son menos frecuentes con un 3.7%, pero en una proporción importante se encuentran las personas que han sido detenidas bajo el influjo del alcohol con un 41.3%, en cuanto a los problemas laborales la encuesta menciona que 3.7% indicando que no es muy común y aquellas que tienen problemas con la pérdida del empleo o con posibilidades de perderlo el 1.4%.

En el caso de las consecuencias laborales a causa del abuso de alcohol, se relacionan con una significativa reducción de las actividades y el desempeño laboral y causa el no ascenso de la posición en el trabajo, incremento salarial o la pérdida del mismo (Vargas, Moreno y Alonso, 2005).

Es por lo anterior que se menciona el estrés como un factor psicológico y social que desencadena los comportamientos abusivos, que en el caso de la mujer, el consumo problemático del alcohol constituye uno de los principales problemas de salud pública en la mayoría de los países, ya que esta problemática no afecta de igual manera a los hombres que a las mujeres, y el impacto que tiene el consumo de alcohol en la vida y salud de la mujer está estrechamente relacionado con los roles, funciones y expectativas que le son asignados, entre ellas el cuidado de la familia, uno de los peligros del consumo por parte de las mujeres es cuando están embarazadas, ya que no solo afectan su salud, si no que dañan al feto, en otros países pueden generar cargos penales e incluso la cárcel e incluso se relaciona los conflictos de maltrato infantil o abandono con el consumo de sustancias. Otras de las consecuencias que son generadas por el abuso del alcohol en la mujer son las deficiencias alimentarias, puesto que el alcohol cambia la forma en la que el cuerpo asimila las vitaminas y los minerales, también genera violencia y agresión sexual puesto que el alcohol afecta su capacidad de decisión y criterio, por ello pueden estar más propensas a tener relaciones sexuales sin protección o sexo con varias parejas, puede desencadenar trastornos del estado de ánimo como la depresión o trastornos de ansiedad (Berenzon, Romero, Tiburcio, Medina-Mora y Rojas, 2007).

En síntesis las consecuencias del consumo excesivo de alcohol generan importantes costos a nivel internacional de salud pública, por lo cual se han generado programas dirigidos a la población para prevenirlos, sin embargo se observa que a pesar de los esfuerzos realizados por partes de las naciones, es una problemática que requiere de más esfuerzos para generar una conciencia del consumo moderado del alcohol, especialmente para los sectores de población con mayor vulnerabilidad.

2.5. Consumo de alcohol en población migrante

Las causas y las consecuencias que conlleva el consumo de alcohol, están influidas por las características particulares del individuo y del contexto socio cultural en el que se encuentra. En el caso de la migración el consumo de alcohol se favorece o aumenta por la manera en la que el migrante vive el proceso de la migración, ya que se considera la migración como un fenómeno estresante para las personas que participan en él, aspectos como los emocionales y conductuales se ven afectados por el abandono del hogar, el traslado, las prácticas y manera de relacionarse socialmente adquiridas en su localidad de origen donde muchas veces el abuso y la frecuencia del consumo de alcohol es normal (Moya y Finkelman, 2007). Por lo anterior, se describen las características del consumo y abuso del alcohol en este sector vulnerable de la población.

Para los migrantes al estar alejados de su comunidad de origen enfrentan sucesos estresantes que generan una serie de problemáticas de adaptación, aunado a la estancia de un país, en este caso Estados Unidos, donde el consumo de alcohol no es una práctica juzgada, pueden generar escenarios más libres para que pueda consumir y abusar del alcohol. En el caso específico de la mujer, esto puede ser producto de la libertad que ellas experimentan, o en ocasiones cuando la mujer migra sola por no vivir con los padres y familiares que en algún momento ponen límites en el consumo, y/o por el poder económico que por la migración adquieren, ya que la mayoría de las veces el motivo principal por el que las personas migran es para mejorar su estilo de vida y tener dinero (Duke & Gómez, 2009). En el caso del varón el consumo de alcohol sigue siendo una práctica continuada de su comunidad de origen, por lo anterior, cuando se habla de la migración como factor que participa en el consumo del alcohol, se puede explicar por el choque cultural y el proceso de aculturación que es generador de estrés al que se enfrentan los migrantes (Dotinga, Van Den Eijenden, San José, Garretsen y Bosveld, 2002; Fajardo, et al., 2008; Loury & Kulbok, 2007).

Al respecto de los procesos de aculturación por parte de la población mexicana que radica en Estados Unidos, se encontró un estudio realizado por Daniel-Ulloa, et al. (2014) a 258 considerados latinos o hispanos que hablan español, mayores de 18 años en el estado de Carolina del Norte EE. UU., analizan la correlación que existe entre el tener empleo durante todo el año, entrar de edad adulta a Estados Unidos, el consumo excesivo de alcohol en la semana, la afiliación a una religión y la aculturación. Los datos muestran que existe una asociación positiva para el consumo excesivo de alcohol, el entrar en edad adulta a Estados Unidos, ser de nacimiento mexicano y tener empleo durante todo el año, mientras que una mayor aculturación y una afiliación con una religión con prohibiciones estrictas de consumo de alcohol se asoció con una menor probabilidad de consumo de alcohol excesivo durante la semana. Ser mayor de edad, nacido en México, que ingresó a Estados Unidos ya en edad adulta y una menor aculturación se asoció con mayores probabilidades de abuso ocasional de alcohol, y la afiliación a una religión con prohibiciones estrictas contra el consumo de alcohol y con escolaridad completa de secundaria se asocia con menos probabilidades de abuso ocasional de alcohol.

Worby y Organista (2007), realizaron una revisión de los estudios centrados en poblaciones hispanas o latinas de su salud, a partir de la creciente preocupación por el consumo de alcohol en los varones trabajadores latinos adultos de recién ingreso por motivos laborales, se abordó en dos direcciones, el consumo de alcohol y los patrones de consumo en los migrantes mexicanos y centroamericanos, y la salud y las consecuencias sociales del consumo de alcohol. Se revisaron 200 artículos y a partir de estos se seleccionaron 30 estudios que cumplían los criterios claves para su revisión, una de las complicaciones que encontraron los autores acerca de la revisión que llevaron a cabo es que muchos de los estudios utilizan el término hispano, cuestión que dificulta el identificar las características de los subgrupos como el país de origen, generación de la

migración, ocupación, región, clase y si son trabajadores migrantes recientes o si son nacidos en Estados Unidos con padres Latinos.

Pero entre las características que encontraron en los estudios es que los migrantes que ingresaron recientemente a Estados Unidos sin documentos vienen solos, sin sus familias, debido al costo y la dificultad para ingresar al país, lo que provoca soledad y reduce el apoyo social del migrante, a causa de las dificultades que tiene el migrante para volver a su comunidad de origen por los costos y riesgos que esto implica. Así mismo con base a la revisión llevada a cabo mencionan que los migrantes de recién ingreso a Estados Unidos muestran un aumento en su consumo de alcohol a causa de la exposición a la cultura, así como dentro las consecuencias a causa del consumo de alcohol que indican los estudios analizados son las conductas sexuales de riesgo, producto de la pérdida de la inhibición en torno a su comportamiento sexual que el alcohol genera en el organismo, así como un aumento en la violencia intrafamiliar; también mencionan como factores protectores en la población migrante ingreso reciente al país las redes familiares y sociales, las cuales permiten sobrellevar los sentimientos de soledad y frustración del migrante.

Weiss (2008) hace una revisión acerca del consumo de alcohol en población migrante que radica en Israel proveniente de la Unión Soviética, habla acerca de la manera en la que el cambio de residencia y de cultura favorece el consumo de alcohol en estos migrantes, señala que un factor predisponente para la manera en la que se consumirá una vez que se establezca en el lugar de destino, es el patrón de consumo en la comunidad de origen. Por lo que México al ser un país con un alto índice de consumo de alcohol, antecede a la población mexicana migrante para un elevado consumo en el lugar de destino, más aun que los patrones de consumo en Estados Unidos también son elevados.

Selten, Wierdsma, Mulder y Buerger (2007) hacen un estudio comparativo entre la población migrante procedentes de Turquía, Marruecos, Surinam, Antillas Holandesas, Alemania, Reino Unido, del Norte Mediterráneo y África y los ciudadanos Holandeses, que abusan del alcohol y otras drogas, que radican en los Países Bajos, estos resultados los obtienen de acuerdo a los datos epidemiológicos obtenidos de hospitales en Holanda, con dos variables, país de nacimiento y ciudadanos holandeses, en un periodo de 9 años. Obtienen como resultado que depende de la etnia de donde provengan los inmigrantes, la forma en la que van a consumir alcohol en el país, ya que encontraron que dependiendo de su lugar de origen es su grado de consumo y abuso de alcohol, esto se explica por la reproducción de aprendizajes en el lugar de destino, entre los migrantes con mayor riesgo de abuso de alcohol se encuentran los procedentes de Bélgica, Alemania y Reino Unido.

En un estudio acerca de la correlación entre los factores asociados al consumo del tabaco y consumo de alcohol en inmigrantes del estado de Carolina del Norte en Estados Unidos, Loury y Kulbok (2007) estudiaron los factores sociodemográficos, culturales y psicológicos asociados al consumo de alcohol y tabaco, donde observaron que el estrés ocasionado por la economía, así como el género, fueron predictores significativos del consumo del alcohol y para el tabaco, así mismo encontraron que de los 173 encuestados su nivel de aculturación fueron los siguientes, 137 personas (79.2%) presentó un nivel de aculturación I que significa nivel uno una orientación muy mexicana, 32 (18.5%) de los encuestados estuvieron en el nivel de aculturación II que significa Mexicano con orientación a la biculturalidad, y solo 4 (2.3%) de los encuestados estuvo en el nivel de aculturación III que significa ligeramente anglosajón orientado a la biculturalidad, lo que indica un nivel bajo de aculturación en la muestra, por lo que los autores concluyen acerca de la importancia de atender la relación entre el estrés, la aculturación y el consumo de alcohol y tabaco en la población migrante.

Así mismo, en los estudios acerca de la población mexicana con experiencia migrante se observa una transformación generalmente en aumento acerca del consumo del alcohol producto de la experiencia que se vive a través de la migración (Borges, et al., 2008; Sánchez, et al., 2006).

Los autores Canino, Vega, Sribney, Warner y Alegría (2008) mencionan en el análisis que realizan acerca de la manera en la que las redes sociales con las que cuenta el migrante en Estados Unidos favorecen para que los latinos asimilen mejor el medio y es un recurso positivo para que no generen dependencia a las sustancias, ya que si los migrantes cuentan con redes familiares en Estados Unidos servirá como recurso protector para que el latino ante un país con un consumo más elevado de sustancias legales e ilícitas genere una dependencia a las sustancias, puesto que los patrones de consumo de drogas en latinos que no nacieron en Estados Unidos son menores en las tasas de abuso de sustancias y dependencia que los nacidos allá, esto puede ser explicado por los patrones culturales que interiorizan los latinos que no nacen en Estados Unidos. También hacen diferencias en el consumo de sustancias dependiendo del género, el nivel de riesgo aumenta para el hombre cuando se asocia con los problemas familiares, y en las mujeres el factor de riesgo es por las nuevas configuraciones en las relaciones que establecen con los amigos y la manera en la que asimilan el medio.

Arellanez y Sánchez (2008) estudiaron la relación entre el consumo de drogas y la experiencia migratoria de 31 mujeres entre 12 y 45 años, encontrando que la mayoría migraron sin documentos y vivieron con algún familiar, lo que se considera como un buen apoyo para conseguir trabajo porque estos fungen como redes de apoyo, pero también se convirtieron en riesgo puesto que la tercera parte de las encuestadas tenían algún conocido, familiar o amigo que consumía alguna droga, por lo que de las 31 mujeres ocho mencionaron haber consumido alguna droga ilícita alguna vez en la vida, de estas las que iniciaron el consumo en

México a la llegada a Estados Unidos su consumo fue más problemático y con drogas duras como el éxtasis, crack, heroína, que son las drogas más consumidas en Estados Unidos. Los autores evidencian la falta de estudios al respecto del consumo de drogas en mujeres migrantes, ya que en su estudio fue de manera exploratoria.

En otro estudio realizado por Borges, et al. (2011) se aplicaron encuestas a 1208 personas de origen mexicano que viven en Estados Unidos y 5782 que viven en México, se encontró que los migrantes que actualmente viven en Estados Unidos tienen mayor riesgo de consumir drogas y padecer un trastorno por dependencia a drogas que los que viven en México. A diferencia del consumo del alcohol en donde no se encuentran diferencias significativas entre los grupos, pero los autores señalan a la migración y al retorno como un factor que aumenta el riesgo de consumo de alcohol y drogas. Así mismo resaltan la importancia de hacer estudios binacionales para atender estas problemáticas.

Castaño y Martínez (2011) realizaron un estudio de género en el consumo de alcohol y otras drogas en mujeres migrantes que radican en España, a través de la revisión de fuentes documentales, entrevistas a profundidad a doce mujeres de las cuales son migrantes sin consumo, mujeres migrantes en tratamiento o mujeres ex consumidoras, de tres localidades, Madrid, Girona y Sevilla, las cuales fueron localizadas por diversas instituciones a las que acudían por algún servicio, y grupos de discusión con profesionales de recursos de atención a personas drogodependientes y personas miembros de asociaciones de atención de personas emigradas, asociaciones formadas por población emigrada, o entidades que estudian la realidad de la migración, los autores mencionan que el estudio se hizo desde una doble línea teórica, la exclusión social y el de la perspectiva de género.

Puesto que desde esta visión se puede explicar el trasfondo del estudio de este fenómeno, ya que las mujeres bajo estas condiciones se encuentran en un estado triple de vulnerabilidad, primero por su género, segundo por ser migrantes y tercero por ser consumidoras, y desde la perspectiva de género puesto que el estudio del fenómeno migratorio genera desigualdades y condiciones para las mujeres muy diferente a las de los varones que debe tomarse en cuenta. En este estudio analizan la relación entre las mujeres migrantes consumidoras y la prostitución como medio para obtener el dinero que las proveerá de la sustancia, y señalan una diferencia entre las mujeres españolas que inician primeramente por el consumo de la sustancia y después se prostituyen, con el grupo de las migrantes que primero se prostituyen y después inician el consumo de drogas, pero esto no es generalizable a las mujeres participantes de su estudio, puesto que la variedad de perfiles de las mujeres migrantes con los que se encontraron fue muy amplio.

Otro de los hallazgos significativos en su estudio es la cuestión de los beneficios de ser mujer, mencionan que éstas sienten estar en un país (España) donde hay más derechos para ellas, esto se explica ya que muchas vienen de países donde el machismo es muy predominante y las leyes no las favorecen, esto brinda un panorama de libertad a las mujeres migrantes en España. Cuestión que se puede comparar con las mujeres migrantes mexicanas que están envueltas en una cultura machista, que al llegar a Estados Unidos experimentan una sensación de mayor justicia y protección por parte de las leyes Americanas.

Por otro lado, el consumo de alcohol es una práctica mundial que puede ayudar a socializar, ayuda a construir lazos o refuerza los existentes y otras veces se convierte en la excusa para poder convivir y platicar un rato, puede ser una práctica juzgada fuertemente y no aceptada, pero existente en la vida cotidiana, el alcohol se encuentra en todas partes y es uno de los mercados más fructíferos a

nivel mundial, cada vez se crean bebidas más fuertes y existen en todas las formas y tamaños, el alcohol también se ha convertido en un medidor de la fuerza de las personas de acuerdo al aguante y la rapidez del consumo, más allá del daño que este puede ocasionar en la salud física y mental, el consumo de alcohol no respeta clases sociales, culturas, género, edad ni clase económica (Góngora y Leyva, 2005).

El abuso de alcohol es generador de una serie de problemáticas tanto individuales, sociales y económicas, cuyo alcance se ve tanto a nivel internacional como regional, por lo que diversas organizaciones e instituciones han decidido poner manos a la obra, con la intención de conocer más a fondo y brindar soluciones al conflicto, sin embargo, se observa que existen pocas investigaciones que evalúen estrategias específicas enfocadas a prevenir, disminuir o resolver el consumo de alcohol dentro de la población migrante.

Así mismo, es importante tener presente que una de las consecuencias que se generan por el abuso del alcohol son las conductas sexuales de riesgo, las cuales impactan a la población migrante de igual manera, por lo que es necesaria la revisión teórica al respecto, para identificar los factores de riesgo para las conductas sexuales de riesgo que se acompañan con el consumo de alcohol.

3. CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO Y SU RELACIÓN CON LA MIGRACIÓN.

En el siguiente apartado se describen las características de las conductas sexuales de riesgo, su definición y consecuencias, así como los factores que asociados al aumento del riesgo para estas conductas, como es el caso del fenómeno de la migración y el consumo del alcohol.

Para poder hablar de conductas sexuales de riesgo es importante conocer la sexualidad, ya que esto nos permite contextualizar las conductas sexuales de riesgo y dar posibles causas. La sexualidad es un conjunto de factores biológicos, físicos, psicológicos y sociales que están en interacción y que aparecen desde el día de nuestro nacimiento, la manera en la que se va a desarrollar va a depender de las cuestiones culturales y los aprendizajes que se adquieran mediante la observación o la educación que se reciba, cuestión que es determinante hacia la forma en la que se practicará la sexualidad, ya que en la manera en la que se explique la sexualidad permitirá que se viva de una manera abierta y natural o por lo contrario que se viva en medio de falsas creencias que generan conflictos en la persona y provocan consecuencias negativas en el bienestar y la salud de las personas.

Por lo que es importante intervenir en los factores de riesgo dentro de la educación de los individuos a partir de la prevención y la promoción de conductas sanas, es así que la información se convierte en cuestión necesaria y básica en la formación de la sexualidad y prevención de las conductas sexuales de riesgo (Hernández y Cruz, 2008). Esta educación sexual se da primeramente en el hogar y posterior en la escuela, en las que se espera se desarrollen habilidades interpersonales, fomenten valores y hábitos de higiene sexual, para el

conocimiento de los diferentes aspectos de la sexualidad dentro de un marco de respeto y responsabilidad.

Las consecuencias de no tener una educación sexual con la información y el conocimiento necesarios pueden generar conflictos psicológicos en el individuo como, inseguridad al no tener autoconocimiento de la sexualidad ni de la pareja y solamente dejarse llevar por la intuición y el placer sin tener claro los riesgos que se corren (Rodríguez y Díaz-González, 2011).

Otro componente importante dentro de la sexualidad es la actitud que se tiene frente a ella, Novoa, Castedo y Sueiro (2009) mencionan que las actitudes son el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias a actuar, que tienen componentes mentales como los prejuicios negativos o positivos, emocionales como las reacciones de aceptación o rechazo y comportamentales como la inclinación a actuar de una forma u otra, de forma que se puede tener una actitud positiva o negativa, conservadora o liberal de la sexualidad dependiendo del contexto. Así como también influye la percepción que se tiene hacia el riesgo, puesto que se relaciona la exposición a las conductas sexuales de riesgo con la baja percepción de peligro (Rodríguez y Álvarez, 2006).

Sin embargo la información no es la única forma de prevenir las conductas sexuales de riesgo, ya que sería un fracaso el hecho de pensar que la prevención y promoción de la salud sexual es solo eso, son necesarios otros elementos, como el desarrollo de habilidades conductuales y sociales para lograr un buen aprendizaje (Robles, et al., 2006). Así como es necesario tener en cuenta las condiciones de las personas, el contexto sociocultural en el que se desarrollan, el sexo y las ideas o creencias que tienen del tema que pueden ser erróneas, por ejemplo para los hombres el tema de la sexualidad está acompañado de riesgos

que difieren a los de las mujeres, esto se debe a que al hombre se le exige socialmente perder su virginidad a corta edad y con una prostituta para que le enseñe como ritual de iniciación, tiene que tener muchas mujeres para demostrar su virilidad, la infidelidad es algo permitido y el uso de condón lo deciden ellos y no los pueden obligar a usarlo, en el caso de la mujer los riesgos son que inicien una vida sexual a corta edad sin la información necesaria porque pedirla infiere que es una cualquiera y en esta cultura a la mujer se le castiga socialmente si piensa acerca de su sexualidad, se juzga y se recrimina, aunque en lo privado tengan relaciones sexuales (Espada, Quiles y Méndez, 2006; Szasz, 2000).

Así mismo, cuando se habla acerca de la sexualidad y de las conductas sexuales, es inevitable no hablar de género, cuestiones culturales y sociales alrededor de su práctica, costumbres y manera de relacionarse. Es de esperarse que el comportamiento sexual de las mujeres difiera considerablemente al comportamiento de los varones, más aun si hablamos de las prácticas de acuerdo a lo aprendido en su comunidad, lo que a la mujer se le permite y lo que no y a lo que los hombres se les permite, las desigualdades que existe entre los géneros como la violencia sexual a la que a veces se somete a las mujeres, la OMS (2012) en un estudio multipaís que realizó encontró que del 15-71% de las mujeres entre los 15 y 49 años de edad refirieron haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de la pareja en algún momento de su vida, lo que aumenta el riesgo en las mujeres de sufrir algún problema de salud física y reproductiva.

López, Vera y Orozco (2001) realizaron un estudio en 272 mujeres y 186 hombres colombianos entre 15 y 22 años respecto al conocimiento, actitud y prácticas sexuales en relación al SIDA, los resultados indicaron que el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad es de un promedio de 3.6 en mujeres y 3.8 en los hombres y el medio por el que mayormente adquirieron la información fue por la televisión, en lo referente a las enfermedades de transmisión sexual

reportan que el 94.5% de las mujeres y el 98% de los hombres dijeron conocer sobre el tema. Las medidas preventivas para evitar el contagio del SIDA que más se señalaron tanto por las mujeres como por los hombres es tener una pareja sexual única (82% mujeres y 86% hombres), no tener relaciones sexuales con desconocidos (72% mujeres y 68% hombres), usar condón en las relaciones sexuales (71% mujeres y 87% hombres). El 51% de mujeres y 67% de los hombres identificaron a los homosexuales como un grupo de riesgo para contraer SIDA, seguido de las prostitutas (56% mujeres y 70% hombres), y en cuanto a que cualquier persona puede tener riesgo de contraer SIDA (90% mujeres y 91% hombres). Lo anterior indica que las personas tienen conocimientos acerca del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y la prevención, sin embargo continúan sin usar medidas preventivas para evitarlas.

Por lo anterior se considera importante que se conozcan las características contextuales acerca de la sexualidad y sus componentes, puesto que permite entender que las conductas sexuales de riesgo es un tema que debe abordarse de una manera multidisciplinaria tomando en cuenta sus variables.

3.1. Definición de Conductas Sexuales de Riesgo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011b) una conducta de riesgo, es aquella que pone en riesgo algún aspecto de la salud y que con esto aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre las que encontramos, el consumo de alcohol y tabaco, prácticas sexuales de riesgo, la falta de sanidad e higiene, entre otras.

Una práctica sexual protegida es aquella en la que se utiliza correctamente el condón (femenino o masculino) para evitar el intercambio de secreciones sexuales o sangre (OMS, 2011c; Secretaria de Salud, 2009). Por lo tanto una conducta sexual de riesgo es aquella en la que la persona está más propensa a sufrir algún daño físico y emocional, esto producto del riesgo al que se expone dentro de la práctica sexual de contagiar una infección de transmisión sexual, VIH/SIDA, cáncer cervicouterino o un embarazo no planeado y abortos riesgosos, esta definición debe de incluir los factores que causan mayor riesgo, los cuales se enlistan a continuación (Pulido, et al., 2013):

- El no usar un método anticonceptivo de barrera, durante las relaciones sexuales en este caso el condón masculino y el femenino, que están considerados como los únicos métodos anticonceptivos que previenen contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, ya que evita el contacto directo entre los genitales y las mucosas.
- Establecer relaciones sexuales con múltiples parejas, ya sea con personas del sexo opuesto (heterosexuales) o con personas del mismo sexo (homosexuales), o indistintamente con hombre o mujer (bisexuales), con dos o más personas a la vez, más si esta práctica se realiza sin el uso de condón.
- Tener relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol o alguna droga, con o sin uso del condón.
- Las prácticas sexuales anales sin protección. El ano es un musculo con millones de terminaciones venosas que al tener relaciones sexuales se rompen, sin que

sean perceptible para las personas, esto crea el escenario propicio para el contacto con las mucosas y por ahí sea que se realice el contagio. Dentro de esta práctica los varones que tienen relaciones sexuales con otros varones son los que corren más riesgo, puesto que esta es una práctica común entre ellos (Palacios, Bravo y Andrade, 2007).

- Las prácticas sexuales orales sin protección. El contacto de las mucosas de los genitales con la saliva o alguna herida que se tenga en la boca durante las relaciones sexuales es propicio para las infecciones de transmisión sexual.
- La exposición de la vagina, pene, ano, boca o mano con cualquier parte del cuerpo que contenga secreciones sexuales.
- La edad biológica de las personas al momento de iniciar su vida sexual, entre más temprano mayor riesgo a infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, embarazos y abortos.

Las prácticas sexuales de riesgo son las actividades en las que existe penetración y/o contacto pene-ano, pene-vagina, pene-boca, pene-mano-boca, pene-boca-vagina, mano-ano-boca, mano-ano-vagina, o donde la penetración o contacto es con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto de condón que evita el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectados (Secretaría de Salud, 2009).

3.2. Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo

Dentro de las prácticas sexuales de riesgo la mayor consecuencia que se puede tener es el contagio de alguna infección o enfermedad de transmisión sexual, cabe aclarar que se habla de Infección de transmisión sexual cuando existe una sintomatología evidente de un área infectada. La manera en la que se da el contagio es de persona a persona por medio de las relaciones sexuales, otras pueden transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo y el parto, transfusiones de sangre o trasplantes de órganos.

La Organización Mundial de la Salud (2011b) menciona que cada año se producen 448 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual curables, las cuales son: sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis, en adultos de edades de los 15 a 49 años, sin contar a los enfermos de VIH. En los países en desarrollo, las Infecciones de Transmisión Sexual y sus complicaciones se encuentran entre las primeras enfermedades que llevan a los adultos a buscar asistencia médica.

En cuanto a las ITS, que son el grupo de padecimientos que se adquiere y transmite por actividad sexual con presencia sintomática y asintomática. Las cuales son otras de las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo se observa que las personas que están en mayor riesgo de ser contagiadas están los adolescentes, sexo servidores, personas con adicciones, con múltiples parejas y con enfermedades de transmisión sexual. Las más frecuentes son el chanco, gonorrea, herpes, clamidiasis, sífilis y el virus de papiloma humano que es el que genera el cáncer cervicouterino (Secretaría de Salud, 2009). En México las ITS más comunes son: condilomas acuminados causados por Virus del Papiloma Humano (VPH), sífilis adquirida, gonorrea, herpes genital, clamidiasis,

tricomoniasis y sífilis congénita, además de las hepatitis virales (Cabral, Cruz, Ramos y Ruiz, 2012).

Uno de los padecimientos con mayor gravedad puesto que actualmente no existe cura es el VIH el cual es un virus causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cual se transmite por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, sin uso de condón, o a través de la sangre, por individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas para inyectarse drogas, los que reciben trasfusiones de sangre contaminada, o de la madre al feto al momento del nacimiento (Secretaria de salud, 2012b).

Los datos acerca de esta enfermedad nos brindan un panorama acerca de la manera en la que las personas mantienen relaciones sexuales sin el uso del condón, tomando en cuenta que el contagio no solo se da por las relaciones sexuales sin protección, pero si nos permite un acercamiento a las posibles explicaciones del contagio de la epidemia, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH (CENSIDA, 2013) reporta una prevalencia de SIDA en México de 167933 personas de los cuales 137826 son varones y 30107 mujeres, de los cuales 111556 son personas vivas, 63340 con SIDA Y 48216 padecen VIH. Los estados con mayor tasa de casos con SIDA son Campeche (16.6%), Guerrero (8.3%), Chiapas (8.2%), Distrito Federal (8%) y Tlaxcala (7.5%), y los estados con mayor índice de VIH son Yucatán (12.1%), Quintana Roo (10.5%), Campeche (8.4%) y Distrito Federal (7.7%). Actualmente existen medicamentos que controlan el VIH, lo cual permite a las personas que lo padecen prolongar su vida de una manera estable, para el caso del SIDA las probabilidades de una buena calidad de vida son menos favorecedoras.

Las conductas sexuales de riesgo pueden estar propiciadas por otras conductas de riesgo, como son las prácticas sexuales bajo el consumo excesivo de alcohol o de drogas ilegales, existen estudios acerca de la relación del consumo del alcohol y las conductas sexuales de riesgo (Anton y Espada, 2009; Calsyn, Baldwin, Niu, Crits-Christoph & Hatch-Maillette, 2011; Goncalves, Castella y Sandra, 2007; Kiepek, 2008; Molina, Odio, Duarte y Guevara, 2009; Monteiro & Pedlow, 2011), esto puede explicarse desde la teoría de la desinhibición por el consumo del alcohol la cual indica que en estado etílico se reduce la percepción de riesgo, esto porque hay un decremento en el funcionamiento de áreas del cerebro, como el lóbulo frontal que es responsable de las acciones preventivas, por lo que bajo el efecto de alcohol desinhibe conductas que ponen en riesgo la salud física y psicológica de la persona.

Otra de las teorías es la denominada miopía la cual menciona la forma en que las personas bajo el efecto de alcohol, confunden las señales del medio y dejan de ver peligrosas las acciones que en sobriedad si las consideran como riesgosas, esto quiere decir que dejan de ver las consecuencias que conllevan sus conductas de manera que el deseo y la motivación hacia estas conductas aumenta, y propicia que se tomen decisiones motivadas por el deseo y la búsqueda del placer que en sobriedad alcanzarían a percibir y controlar (Palacios, Bravo y Andrade, 2007). Por lo anterior es que se señala que el consumo abusivo de alcohol es un factor de riesgo importante para el contagio de enfermedades de transmisión sexual y VIH.

Woolf-Kings y Maisto (2009) hacen un análisis de las investigaciones acerca del riesgo de contraer VIH por la exposición a las conductas sexuales de riesgo bajo el efecto del alcohol, en la población de Sub-Saharan, África, donde se encontró la alta incidencia de prácticas sexuales riesgosas con el consumo de alcohol, así como una marcada diferencia en torno al género, los datos tanto

cuantitativos como cualitativos mostraron que los hombres en África subsahariana consumen alcohol con mayor frecuencia y en mayor cantidad que las mujeres, sin embargo, se observan cifras desproporcionadas de VIH en las mujeres, lo que podría ser explicado por tres causas, la primera el consumo excesivo de alcohol por parte de sus esposos, los cuales tiene relaciones sexuales con mujeres contagiadas en lugares donde se consume alcohol y la dominación sexual que tienen de parte de los hombres, lo que genera conductas sexuales de riesgo.

La revisión también indica que a pesar de estas marcadas diferencias en los géneros, la evidencia recolectada correlaciona tanto para los hombres como para las mujeres un aumento del riesgo de contraer VIH si las prácticas sexuales se tienen con consumo de alcohol, lo que predispone a los riesgos de contraer alguna ITS, VIH/SIDA, embarazos no planeados y abortos.

3.3. Prevención de las conductas sexuales de riesgo

De acuerdo a lo desarrollado en el apartado anterior, las consecuencias que se pueden generar a causa de las conductas sexuales de riesgo son elevadas, por lo que la prevención y la promoción de las conductas sexuales seguras es un tema de salud pública a nivel internacional, puesto que a pesar de existir avances médicos y tecnológicos en la salud de las personas, no se ha podido establecer de forma precisa los factores sociales y psicológicos que intervienen en la transmisión de las ITS, VIH/SIDA, embarazos no planeados y abortos.

Una de formas de prevenir las conductas sexuales de riesgo es mediante la educación y la información acerca de la sexualidad, su cuidado y las consecuencias que generan las conductas sexuales de riesgo. Promoviendo las relaciones sexuales con parejas estables a largo plazo, monógamas y con el uso

del condón para evitar el contagio del VIH y otras ITS. Por lo anterior es que diversas instituciones se dedican a difundir información acerca de los métodos seguros para tener relaciones sexuales, sin embargo, las estadísticas indican que los contagios van en aumento, a pesar de las medidas preventivas que se han llevado a cabo (CONASIDA, 2006).

Una de las medidas preventivas que tiene mayor difusión es el uso del condón, a pesar de esto, aun es poco consistente el uso en las relaciones sexuales, las causas pueden ser diversas, ya sea porque muchas veces la pareja no exige el uso del condón o porque no se ha concientizado su uso.

Lo más preocupante cuando se habla del contagio de enfermedades de transmisión sexual es que el inicio de la vida sexual es a edades cada vez más tempranas, Rodríguez y Díaz-González (2011) hacen un estudio para evaluar el comportamiento sexual en la consistencia del uso de condón y los factores disposicionales a 138 estudiantes, 64 hombres y 74 mujeres de bachillerato sexualmente activos, los resultados indican que la importancia reportada para los factores disposicionales en el uso del condón fueron en primer lugar el haberlo hecho con una pareja ocasional, seguido de haberlo hecho con una pareja estable, tu pareja ocasional espera que lo uses, tu pareja estable espera que lo uses, el lugar, privación, grado de excitación, haber bebido, el momento, tus amigos esperan que lo uses, y en el último lugar de importancia fue la alteración emocional, sin embargo el riesgo se encuentra en que no existe el 100% de consistencia en el uso de condón en la población estudiada.

Es así que una de las medidas preventivas para el cuidado de la salud sexual de las mujeres que ya iniciaron su vida sexual y que no tienen uso consistente del condón es el conocimiento que tienen las mujeres acerca de la

prueba del Papanicolaou, este es un examen médico que permite identificar el Virus del Papiloma Humano que es el virus responsable del cáncer cervicouterino, así como cualquier ITS.

Ehrenzweig, Malvan y Acosta (2013) realizaron un estudio para identificar la relación entre los conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, el locus control y la realización de la prueba de Papanicolaou en mujeres mexicanas con diferentes niveles de escolaridad, en una muestra de 208 mujeres entre 30 y 64 años, aplicaron el cuestionario de conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino. Los resultados indicaron que las mujeres con educación superior tuvieron la calificación más alta en cuanto al conocimiento del cáncer cervicouterino, seguidas de la educación media superior y finalmente las de educación básica.

En cuanto al conocimiento de la utilidad del Papanicolaou, los resultados indican que no hubo diferencias significativas entre el grupo de mujeres con educación superior y las de medio superior, sin embargo si es mayor el grado de conocimiento que las de educación básica, finalmente en los resultados sobre los conocimientos de los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino, la mejor calificación la obtuvieron las mujeres con educación superior, seguidas de las mujeres con educación media superior y por último las de educación básica.

En cuanto a la realización del primer Papanicolaou mostraron que las mujeres con escolaridad básica y media superior el 20% y 30% no se habían hecho la prueba, de las que sí se realizaron la prueba con educación básica el 35.4% se la realizaron después de los 30 años y el 32.2% antes de los 30, las de educación media superior el 40.2% se la realizó antes de los 30 y el 39% después de los 30 años, de las mujeres con educación superior el 4.3% no se habían

realizado la prueba, y el 77.1% se la realizó antes de los 30 años y el 18.6% se la realizó después de los 30 años. Con lo anterior se muestra que las mujeres saben del conocimiento de la prueba del Papanicolaou, sin embargo sirve de poco si las mujeres no se la realizan como medida preventiva del cáncer cervicouterino u otra ITS.

Para la prevención es importante que se consideren los contextos en los que se aplican las iniciativas de salud sexual, cuestiones como el género, población en vulnerabilidad como la migración y la trata de blancas, edad de las personas y grado de riesgo.

3.4. Conductas sexuales de riesgo en población migrante

El tema de las enfermedades de transmisión sexual, encierra problemas estrechamente relacionados con la migración global, es el contacto que se establece entre las comunidades de origen con las de destino las que generan escenarios ideales para la propagación de éstas, así como la exposición que tiene la gente ante la migración y la exposición a los riesgos, la gente que migra son principalmente los jóvenes en edad de reproducción, puede ser con inicio o no de relaciones sexuales, generalmente sin pareja, características importantes que pueden incentivar la búsqueda de la satisfacción sexual y las prácticas sexuales de riesgo. La circularidad de la migración, el contacto humano, la inequidad de género y los aprendizajes acerca de la forma en la que se practica la sexualidad en la comunidad de origen, serán algunos de los indicadores para su práctica en el destino (Gaspar de Matos, et al., 2008; Harris, et al., 2005; He, et al., 2009; Painter, 2008; Wang, et al., 2010; Yang, et al., 2007).

En el caso de la migración México-Estados Unidos, es necesario revisar y contextualizar a la población primero en su lugar de origen, esto nos permite conocer su grado de vulnerabilidad entorno a las IST, el VIH/SIDA, el grado de exposición y así poder contrastar con el grado de riesgo de la comunidad de destino y ver sus probabilidades de contagio, se tiene que las principales enfermedades infecciosas prevalentes en las comunidades expulsoras son principalmente la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual y el VIH (Salgado, et al., 2007; Yáñez, Sánchez y Conde, 2010).

Magis-Rodríguez, et al. 2004 al hacer una revisión de la relación entre la migración y de los casos de VIH/SIDA en México de las comunidades con alto flujo de migración, y los índices de SIDA en Estados Unidos, los autores mencionan que con base a los estudios epidemiológicos acerca de la prevalencia del VIH/SIDA en Estados Unidos es del 0.6% de la población, lo que representa el doble de la prevalencia estimada en México 0.3%, lo que representa que los migrantes mexicanos que viven en los Estados Unidos tienen mayor riesgo de contraer VIH, en comparación con la población que se queda en México.

Hidalgo, García y Flores (2008) menciona que mientras los migrantes se encuentran en Estados Unidos hay mayor frecuencia en sus relaciones sexuales y más uso del condón que cuando se encuentran en México, también menciona que el uso de drogas inyectadas y de medicamentos es más frecuente durante su estancia en E. U., por lo que aumenta el contagio de alguna enfermedad debido a las jeringas contaminadas.

Un factor importante de abordar cuando se habla de la migración y las ITS/VIH, son los riesgos a partir de la condición legal de los migrantes, la migración vivida en contextos de ilegalidad y criminalización, agudizan el riesgo de

las y los migrantes de contraer el VIH, en el caso de las mujeres adultas en migración se encuentran que entre las situaciones de riesgo están, la separación de la pareja y las redes sociales de apoyo, las barreras lingüísticas, la pobreza, la exploración en el trabajo, incluidos actos de violencia sexual, asilamiento y las conductas sexuales de riesgo, ocasionales o de pago, el poco o nulo acceso a la información y prevención del VIH, estos resultados se obtienen de acuerdo a los trabajos que comúnmente realizan las mujeres migrantes (CONAPO, 2000).

Otra de las problemáticas de la migración sin documentación, en el caso de la trata de personas y el sexo transnacional, es que es un importante vehículo para las enfermedades infecciosas y un traspaso de VIH silencioso, lo peligroso de esto está en que no se cuentan con datos certeros epidemiológicos por la forma ilegal de cruzar las fronteras internacionales, alterándose las estadísticas sin que se tenga conciencia del grado y peligro que puede desembocar en el aumento de la epidemia y enfermedades (Hernández-Rosete, Sánchez, Pelcastre y Juárez, 2005).

Algunos de los aspectos que se han estudiado en torno a la sexualidad y la migración son la construcción social de los significados en las comunidades de origen y las condiciones sociales subyacentes al movimiento migratorio, incluyendo los procesos de hibridación cultural, que favorecen el ejercicio de prácticas riesgosas (OMS, 2008).

Hidalgo, García y Flores (2008) realizaron un estudio etnográfico en las comunidades de Manuel Villalongín, Janambo, Tafolla, y San José del Reparo, pertenecientes al municipio de Puruándiro, Michoacán, y en las comunidades de San Martín, Agua Gorda y Godino, del municipio de José Sixto Verduzco, Michoacán, ambos considerados de alto flujo migratorio hacia Estados Unidos,

encontraron que la mayoría de los migrantes de estas comunidades son hombres entre los 18 y 45 años, en donde la migración para ellos significa, además de mejorar su nivel económico que les da mejor estatus con las mujeres de la comunidad, también les da la oportunidad de obtener experiencias sexuales, que para los hombres entrevistados sus expectativas sexuales si se cumplieron en sus experiencias migratorias, en el caso de los hombres migrantes casados, el objetivo principal de migrar es sustentar la economía de la casa, sin embargo esto los posibilita para acceder a otras mujeres, tanto en su localidad como en Estados Unidos.

El estudio también indica como las prácticas sexuales de riesgo por parte de los migrantes, afectan a los varones migrantes, a mujeres de reciente ingreso a Estados Unidos y a las mujeres que se quedan en las comunidades de origen. En el caso de las mujeres que se quedan en la comunidad de origen el riesgo es porque no están culturalmente posibilitadas para establecer y negociar relaciones sexuales seguras, como el uso del condón con sus parejas y el tema de la sexualidad es considerado un tabú, lo que les impide actuar de una manera asertiva en cuestiones de su sexualidad, y las coloca en una posición más vulnerable en las prácticas sexuales de alto riesgo, ya que no tienen suficiente información sobre la posibilidad de ser contagiadas por infecciones de transmisión sexual o del VIH/SIDA al acceder a tener relaciones sexuales sin protección.

Otro de los resultados que arrojó la misma investigación es la distinción que hacen los migrantes sobre las mujeres, están las originarias de su comunidad, las mujeres migrantes y con las que tienen más tiempo en Estados Unidos que consideran iguales o similares a las estadounidenses, y que los migrantes las ven como más liberales sexualmente y que solicitan asertivamente el uso de condón, a diferencias de las mujeres de su comunidad de origen. Las recién llegadas a Estado Unidos, en cambio, son categorizadas como las de la comunidad y deben

ser tratadas de manera decente de acuerdo con las prácticas socialmente aceptadas en la localidad.

Liu, et al. (2011), en el estudio realizado a solteros en China en contexto migratorio de zona rural a urbana, acerca de los conocimientos que tienen sobre su salud reproductiva y la utilización de los servicios de salud reproductiva, que se llevó a cabo en tres ciudades de China, a un total de 1680 hombres y 1732 mujeres migrantes, mediante un cuestionario estructurado acerca de fertilidad, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual/SIDA, así como la utilización de los servicios de salud reproductiva, indican que de las mujeres migrantes el 29.4% tienen conocimientos sobre embarazos y fertilización y el 9.1% tienen conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, el 21% tienen experiencia sexual antes del matrimonio y casi la mitad 47.4% nunca usa condón en la relaciones sexuales, esto indica que carecen de información en su cuidado en salud reproductiva, lo que genera prácticas sexuales de riesgo, así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Así mismo indican que los servicios de salud reproductiva a los que más acuden son sobre la educación de las ITS y el SIDA, 49.6% para las mujeres y 50.2% de los hombres, y el uso de anticonceptivos para la protección de ITS y SIDA los resultados indican 42.5% de las mujeres lo utilizan y el 48.3% de los hombres, y en cuanto a los servicios de chequeo de la salud reproductiva solo el 16.1% de las mujeres se los practica, por lo que se concluyó que el conocimiento acerca de las prácticas sexuales de riesgo y la utilización de los servicios de salud reproductiva por parte de las migrantes solteros siguen siendo insuficientes en los lugares donde se llevó a cabo el estudio.

En los estudios respecto al uso inconsistente del condón en población migrante con uso de alcohol, se encontró el estudio realizado por Verma, Saggurti, Singh y Swain (2010) en donde examinan la asociación entre el uso de alcohol antes del sexo con mujeres trabajadoras sexuales y el uso del condón, el cual se realizó en cuatro estados de India con altas tasas de VIH y se eligieron los distritos con más de 2000 trabajadoras sexuales, los migrantes se seleccionaron de acuerdo a que fueran mayores de 18 años, que hubiesen migrado por lo menos a dos lugares en los últimos dos años, en total fueron 7,620 de los cuales el 15% de los hombres casados tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio. Las trabajadoras sexuales fueron mujeres de 18 años en adelante que hubieran migrado a dos lugares en los últimos dos años para el trabajo sexual, el total de la muestra fueron 3412 trabajadoras sexuales.

En los resultados arrojados en cuanto a las trabajadoras sexuales que informaron haber consumido alcohol antes de las relaciones sexuales fue el 53.8% y el 52.8% de los migrantes que solicitaron el servicio de las trabajadoras sexuales informaron haber consumido alcohol antes de las relaciones sexuales. En cuanto a las conductas sexuales de riesgo, la mayoría de las trabajadoras sexuales reportaron haber tenido relaciones sexuales con pago de los clientes en la semana anterior de la encuesta, el 15% de los trabajadores migrantes reportó haber tenido sexo con las trabajadoras sexuales en los últimos 12 meses previos a la encuesta, en cuanto al uso inconsistente del uso de condón las trabajadoras sexuales reportaron el 34.7%, mientras que los trabajadores migrantes se reportó el 33.9%.

En los resultados del uso inconsistente de condón con parejas que no son remuneradas, en el caso de las mujeres trabajadoras sexuales se reportó el 60.1% y en los migrantes trabajadores el 79.7%. Así mismo, el estudio indica que existe un mayor riesgo de tener conductas sexuales de riesgo con trabajadoras sexuales para los migrantes que consumen alcohol que entre los migrantes que no

consumen alcohol, así mismo para los migrantes que consumen alcohol y tienen relaciones sexuales de riesgo sin paga, el riesgo es mayor que los migrantes que no consumen alcohol.

Organista y Ehrlich (2008) realizaron un estudio en la población migrante sobre los factores antecedentes sociodemográficos, conductuales y psicosociales que predisponen del uso de condón con parejas sexuales ocasionales por parte de los jornaleros migrantes en la zona de San Francisco, California, mediante la aplicación de una encuesta diseñada para evaluar el riesgo de contraer VIH, las variables sociodemográficas, conductuales y psicosociales. Los resultados indican que el 35.8% eran menores de 28 años, 36.8% tenían entre 28 y 37 años y el 27.4% eran mayores de 37 años, el 64.9% son de origen mexicano, el 31.9% son de América Central, el 1% de América del Sur y el 2.1% de Estados Unidos, el 56% eran hombres casados, 39% eran solteros y 6% estaban separados o divorciados, el 31% se había realizado la prueba de SIDA y el 69% no se la había realizado, en cuanto al tiempo que tenían en Estado Unidos el 26% tenía menos del año, el 18% un año, el 32% de dos años a cinco y el 24% más de seis años.

En cuanto a los resultados el estudio indica que para el uso de condón el 22% reportó nunca haberlo usado con parejas informales y el 78% reporta haber usado o usar condón, y con parejas formales el 71% informó que nunca usa condón y el 29% reporta haber usado o usar condón. El estudio indica que los migrantes con esposas o parejas formales que se encuentran en México, eran 4.5 veces más propensos a reportar el uso de condón, es decir, más de la mitad de las veces o siempre usaron condón con parejas ocasionales, a comparación con los hombres que actualmente están con sus esposas o parejas formales en California. En cuanto a los factores de comportamiento analizados, el tener relaciones sexuales con parejas ocasionales sin uso de condón fue un factor alto de riesgo para el contagio del VIH. En los factores predisponentes sociales, los

hombres que no se consideran en riesgo de contraer VIH en el próximo año tenían el 62% menos de probabilidades de usar condón, a comparación de los que no se consideran en riesgo de contraer VIH, y los hombres que se habían realizado la prueba de VIH eran tres veces más propensos al uso de condón con las parejas ocasionales, a comparación de los hombres que no se han realizado la prueba de VIH; y en relación con el uso de alcohol o drogas durante las relaciones sexuales en los últimos seis meses, los resultados indicaron que los hombres que utilizan el alcohol o drogas durante las relaciones sexuales tienen la mitad de las probabilidades de usar condón con las parejas ocasionales, a diferencias de los hombres que no informaron el uso de alcohol o drogas durante las relaciones sexuales.

En un estudio realizado por Parrado y Flippen (2010), desde un enfoque constructivista social de la sexualidad en Mexicanos migrantes (312 hombres y 152 mujeres) residentes en Durham, Carolina del Norte Estados Unidos, y 800 mexicanos (400 hombres y 400 mujeres) de cuatro comunidades en México, dos de Michocán, una de Guerrero y una de Veracruz, hacen una comparación en el cambio de las prácticas sexuales y las actitudes entre los migrantes y los no migrantes, con la intención de esclarecer como son las prácticas sexuales que prevalecen en las comunidades de origen y las que surgen a causa de la migración. Los resultados indican un cambio en las prácticas de la sexualidad producto de la migración acompañado de diferencias significativas dependiendo del sexo y el estado civil, el 39% de los migrantes eran solteros y el 31% de hombres son solteros en México, así como un aumento por parte de los hombres migrantes en el uso de los profesionales del sexo, y en el caso de las mujeres solo el 9% de las mujeres migrantes son solteras, frente al 36% de las que viven en México.

También mencionan que el impacto de la migración sobre la sexualidad se refleja en los cambios de actitud con respecto a los roles de género y el uso de condón, también hay diferencias importantes entre el tipo de unión que forman los migrantes, puesto que hay más probabilidades de unión libre a comparación de sus pares en México que es más común el matrimonio formal, se menciona la falta de documentación como un obstáculo para el matrimonio en los migrantes, y la unión libre tiene una serie de implicaciones para la sexualidad, ya que generalmente se asocia con un poder más bajo por parte de la mujer para la negociación de prácticas sexuales más seguras y una mayor violencia en el hogar. En cuanto a los resultados reportados de la iniciación sexual, los migrantes reportaron tanto hombres y mujeres haber tenido relaciones sexuales antes que sus pares mexicanos y de estos el 15% de los hombres y el 18% de las mujeres haber sido en Estados Unidos.

Concluyen que la migración resulta un factor de riesgo para las conductas sexuales de riesgo, y reportaron una asociación con mayor tolerancia a la infidelidad y a las explicaciones biológicas de la sexualidad, donde se recrea y se consolida una nueva sexualidad a partir del cambio de residencia que permiten una liberación en la manera en que practican su sexualidad, una mayor aceptación al placer, ampliando su panorama y queriendo muchas veces experimentar cosas nuevas, y de no tener los cuidados necesarios se pueden incurrir en prácticas sexuales riesgosas. Por lo anterior, se dice que la migración marca pautas en la reconstrucción del significado de la sexualidad como parte de la adaptación del migrante en Estados Unidos, a pesar de que no existen muchos estudios que evidencien este cambio.

Es por anterior que se concluye que el tema del contagio de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) se considera uno de los principales riesgos para los migrantes cuando entran al país de destino o transitan por él, sin embargo, es

necesario considerar los factores contextuales del fenómeno que son, las etapas del proceso migratorio (origen, traslado y destino), las diferencias y riesgos entre los migrantes legales y sin documentos, la trata de blancas y la posición socioeconómica de las personas. Así como hacer investigación científica respecto a las conductas sexuales de riesgo en población migrante, más si se suman variables el consumo de alcohol y la implementación de servicios de salud para migrantes a dónde puedan acudir tanto para la prevención como para la atención de la salud, desde proyectos binacionales que garantice iniciativas preventivas y tratamientos en este sector de la población.

4. TRATAMIENTOS EN POBLACIÓN MIGRANTE PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

En el presente capítulo se describen los tratamientos ubicados a partir de la literatura científica, para el abuso del alcohol y conductas sexuales de riesgo. También se mencionan aquellos servicios, programas y apoyos a la que población migrante tiene acceso o ha recibido en algún momento, de prevención primaria o secundaria.

A través del tiempo ha crecido la necesidad por atender las problemáticas de salud a las que se enfrentan la población migrante, también se ha visto el interés por parte de los gobiernos por crear y adecuar políticas públicas que beneficien a este sector. Por su parte la comunidad científica ha hecho su labor incrementado los estudios en este fenómeno, con la intención de hacer diagnósticos, describir todas sus variables y brindar alternativas para evitar los grandes costos en el bienestar de la población. Sin embargo, se observan algunas limitaciones en la literatura del estudio del migrante, una de ellas es que en las encuestas realizadas en Estados Unidos, frecuentemente no se separa a los migrantes por nacionalidades, por lo regular se engloban a los mexicanos con el grupo de los hispanos o latinos, lo que hace complicado determinar con exactitud el perfil epidemiológico de los mexicanos que residen en Estados Unidos, su condición de salud y su estatus migratorio (Salgado, et al., 2007).

Así mismo los migrantes que acuden a servicios de salud mental, reciben tratamientos que ya están instrumentados, y no se toman en cuenta las características sociodemográficas de las personas que acuden por el servicio, como el idioma, lo que genera que los migrantes intenten resolver sus problemáticas en lo privado y no soliciten servicios (Vega & Sribney, 2008).

Actualmente se observan iniciativas como la de salud México-California, que fue formada bajo los auspicios del Centro de Investigación de Políticas Públicas de California y la Universidad de California, para facilitar la cooperación mediante acciones binacionales de capacitación, investigación y promoción de la salud para las comunidades migrantes en California, así mismo describen las principales barreras a las que se encuentra la población migrante para acudir a los servicios de salud, en primer lugar se encuentra el idioma, ser migrante con menos de 10 años viviendo en Estados Unidos, el estatus económico y la falta de seguro médico (Wallace, Gutiérrez & Castañeda, 2008).

Uno de los servicios a los que tiene acceso el migrante son los programas para la promoción y prevención de las adicciones por parte de la Administración de Salud mental y Abuso de sustancias de los EE. UU. (SAMHSA, 2009) en donde brindan asistencia telefónica y de información a la comunidad latina que tiene un familiar que es usuario de drogas y alcohol, y dan orientación y acerca de las alternativas de tratamientos para que acudan los migrantes latinos.

Sin embargo, es necesario identificar los tratamientos que existen para el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo, estén o no dirigidos a la población migrante, con la intención de identificar las estrategias y técnicas que han demostrado mayor efectividad, y con base a eso generar intervenciones adecuadas a los migrantes mexicanos.

4.1. Tratamientos para el consumo de alcohol

Los tratamientos para el consumo del alcohol están dirigidos para aquellas personas que beben de manera perjudicial para su salud, o para prevenir acerca de las consecuencias del consumo excesivo, y son para la población en riesgo de consumo o para las personas que ya han tenido consecuencias producto de esto, ya que esta práctica no discrimina sexo, edad, posición económica ni estatus social, por lo que han aumentado los estudios de este fenómeno y se han diseñado muchos tratamientos que tienen como objetivo la abstinencia del alcohol o la disminución del consumo, así como la mejoría de la función familiar, la satisfacción de la pareja y el desarrollo de un trastorno, en el caso de México que cuenta con 323 Centro de Atención Primaria a las adicciones NUEVA VIDA, 113 Centros de Integración Juvenil y diversos centros de tratamiento de orden social y privado, distribuidos en todo el territorio nacional (Consejo Nacional contra las Adicciones, 2011; OMS, 2014).

Existen intervenciones enfocadas a la prevención y promoción de las adicciones (Arnau, Filella, Jariot y Montané, 2011; Blanch y Alsinet, 2002; Flórez-Alarcón y Vélez-Botero, 2010; Secretaría de Salud, 2012a), en los servicios ambulatorios realizan intervenciones cuando las personas son llevadas al hospital a causa de un accidente automovilístico bajo los efectos de alcohol, y también las hay para las personas que padecen un trastorno de dependencia o abuso de alcohol, para lo cual se necesita de gente capacitada que brinde esta atención, por lo que en algunos sectores ya se lleva a cabo el entrenamiento de las personas que prestan este servicio (Errazuriz, et al., 2007; Secretaría de Salud, 2012a).

Sin embargo, una de las principales problemáticas para atender a las personas que se encuentran en riesgo de padecer un trastorno por abuso o

dependencia de alcohol, es que difícilmente solicitan ayuda, y el tipo de ayuda que más se promueve son centros de rehabilitación, anexos, programas de doce pasos que imparten tratamientos pero que no arrojan datos científicos acerca de la eficacia de ellos, por lo que se desconoce su eficacia y efectividad (Rojas, et al., 2011).

En la Revisión Sistemática sobre Tratamientos de Adicciones en México (Rojas, et al., 2011), se analizaron los resultados de los estudios realizados en el consumo de sustancias que tenían como objetivo evaluar los programas de tratamiento para el consumo de alcohol, tabaco y drogas que fueron publicados del año 1998 al 2010. Se encontraron 220 publicaciones sobre el tema, de las cuales solo 26 (11.8%) correspondieron a ensayos clínicos para evaluar el impacto de las diferentes intervenciones, se encontró también que la mayoría no cumple con los criterios de los ensayos clínicos aleatorizados o lo hace parcialmente, así mismo tienen cortos alcances debido al reducido tamaño de las muestras.

Los estudios revelan que la gente que ha recibido tratamiento para el consumo de alcohol, aproximadamente el 70% manifiestan una reducción del número de días de consumo y una mejoría de su salud a los 6 meses, la mayoría tienen un episodio de abuso o más durante el primer año del tratamiento, pero beben con menor frecuencia y toman menos que antes de iniciar el tratamiento y presentan consumo excesivo entre un 5% y 10% de los días, menor a lo que se consumía antes del tratamiento. Con base a lo anterior es que se menciona que son escasos los reportes publicados de investigaciones que evalúan programas de tratamiento, esto puede ser por la complejidad o la falta de recurso para realizar este tipo de evaluación.

Posterior a este estudio, Lefio, Villarroel, Rebolledo, Zamorano y Rivas (2013) llevaron a cabo una revisión sistemática en el periodo de 2008-2012 de las intervenciones más eficaces en el consumo problemático de alcohol y otras drogas, consultaron las principales bases de datos internacionales y nacionales, de donde resultaron 69 estudios para su análisis y extracción de datos, los cuales los dividieron en metodología mediana y metodología alta, al final resultaron dos tipos de Tratamiento, las Intervenciones Psicológicas y los Tratamientos Farmacológicos.

Concluyen que la terapia cognitivo conductual ha demostrado ser eficaz, aunque poco concluyente, en la abstinencia del consumo problemático de alcohol, marihuana, cocaína y opiáceos. En el caso de las intervenciones de tipo familiar para la población de adolescentes, reportaron un efecto significativo en retardar el inicio de consumo de alcohol. Las intervenciones de autoayuda vía internet para población adulta tuvo un tamaño de efecto pequeño para disminuir la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol. Otras intervenciones que muestran resultados positivos son la terapia conductual de pareja, las estrategias de refuerzo comunitario y entrenamiento familiar y el seguimiento activo vía telefónica postratamiento.

Por otro lado, en el modelo del Autocambio dirigido para bebedores problema (Lozano, Sobell y Ayala, 2002), originalmente desarrollado y evaluado en Canadá por los doctores Sobell y Sobell (1993) y posteriormente aplicado, adaptado y evaluado a México por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998), es una intervención breve cognitivo-conductual de consulta externa y no intensiva, que ayuda al bebedor problema a comprometerse a reducir su consumo de alcohol, así como a utilizar sus fortalezas y recursos que le ayuden a resolver sus conflictos relacionados con el abuso de la sustancia. La meta es ayudar al cliente a desarrollar estrategias generales de solución de problemas que le

permitan enfrentar cambios en el estilo de vida o conducta. Las cuales pueden ser la moderación o la abstinencia del consumo por parte del cliente, por lo regular se enfocan en 5 sesiones en la que el cliente debe de acudir una vez por semana, con una duración de 45 min aproximadamente, lo que equivale a cinco semanas de tratamiento.

Las Intervenciones breves tienen como característica principal un abordaje motivacional y técnicas como, el entrenamiento en habilidades sociales, abordaje de refuerzo comunitario, contrato conductual, terapia conductual de pareja y manejo de casos (Babor y Higgins-Biddle, 2001; Guardia, 2008).

Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell (1998), evaluaron una intervención breve de enfoque cognitivo-conductual en la ciudad de México, a una muestra de 177 personas con problemas de abuso en el consumo de alcohol, y tuvo como características ser una intervención motivacional que emplea procedimientos de autocontrol, análisis funcional de la conducta de beber y la identificación de situaciones de riesgo para disminuir el abuso del alcohol. Los resultados obtenidos muestran que los sujetos con abuso del alcohol se modificaron hacia un patrón de consumo moderado, sostenido durante la fase de seguimiento hasta los 12 meses del tratamiento, lo que comprueba la efectividad de la intervención.

Ganvita, et al. (2003) evalúan un programa de intervención breve, con base en la teoría de aprendizaje social, para el tratamiento de bebedores problema en 68 personas, con una edad promedio de 27.2 años, que fueron asignados a dos grupos: un grupo experimental conformado por 37 individuos y un grupo control de 31 personas. Las características de la intervención fueron primeramente la identificación de situaciones de riesgo, el nivel de autoeficacia para afrontar dichas situaciones, el patrón de consumo y la meta (establecida por los participantes), la

intervención duró cinco sesiones y se aplicó de manera individual o grupal dependiendo de la disponibilidad de los participantes, con la primera sesión de evaluación.

La intervención se llevó a cabo bajo siete componentes básicos, el primero consiste en involucrar al individuo en el tratamiento, el segundo componente hace referencia a las interacciones individuo-entorno, el tercer factor utiliza los recursos del individuo para el desarrollo de las metas de tratamiento, el cuarto se refiere al monitoreo del proceso durante la terapia, el quinto se refiere al incremento de la motivación para el cambio, el sexto es el proceso de recaída y recuperación y el séptimo es la terminación del tratamiento, la cual se realiza de forma gradual. Los resultados obtenidos muestran un incremento para el grupo experimental en el nivel de autoeficacia y una disminución en el patrón de consumo a diferencia del grupo control, este impacto es influenciado por variables pertenecientes al modelo del aprendizaje social, tales como procesos motivacionales y de disponibilidad al cambio.

Baer, et al. (1992) llevan a cabo la evaluación de tres programas para el riesgo de consumo de alcohol en adultos jóvenes, mediante una asignación al azar a los tres grupos: a) intervención cognitivo-conductual en grupo de tratamiento durante seis sesiones, b) manual cognitivo-conductual de 6 unidades de autoayuda que se imparte durante seis sesiones acompañado de grupo de discusión, c) y/o una hora de sesión con retroalimentación y asesoría con personal profesional. En total de los grupos el 52% fueron mujeres y 48% hombres con de un promedio de edad de 21.2, el 91% son personas blancas, 4.5% negros y menos del 1% de América Latina y nativos americanos, el promedio de consumo de alcohol fue de 20 bebidas en 3.7 ocasiones de consumo durante la semana y el 23% reportó historia familiar con problemas de consumo de alcohol.

En cuanto los resultados del estudio, se muestra que en la deserción de las tres condiciones, el manual de autoayuda fue el que reportó la mayor cantidad, 11 de 30 personas lo concluyeron, en el caso de los que asistieron a sus sesiones semanales 18 de 25 personas concluyeron, y en el asesoramiento individual, solamente una de las 29 personas no asistió, la deserción fue baja durante el periodo de seguimiento.

En cuanto al patrón de consumo, los autores mencionan que el programa que mejor reportó resultados fue el tratamiento impartido como clases, seguido del asesoramiento individual y por último el manual de autoayuda. Aunque los sujetos de tratamiento en clases reportó un consumo menor al final del tratamiento en las tres medidas de seguimiento, no hubo diferencias significativas en el patrón de consumo del asesoramiento individual, los promedios de consumo registrados en sus autorregistros continuaron similares durante el seguimiento y en el caso del manual de auto ayuda, no se reportaron diferencias en el patrón de consumo durante el tratamiento y en la etapa de seguimiento. Así mismo, para los factores que predisponen el consumo de alcohol, solamente se encontró una asociación con la edad en los sujetos, puesto que el consumo de alcohol aumenta considerablemente cuando se alcanza la edad necesaria para el consumo legal de alcohol.

En la evaluación experimental de dos tipos de intervenciones breves que llevaron a cabo Martínez, et al. (2010) se muestra el efecto que tuvo dos modalidades de intervención breve sobre el patrón del consumo de alcohol en adolescentes pertenecientes a zonas urbanas y rurales de los estados de Aguascalientes y México. Bajo tres condiciones experimentales, programa de intervención breve para adolescentes con duración de 5 sesiones, consejo breve con una duración de una sesión y lista de espera. Las características de los participantes es que fueran adolescentes usuarios de alcohol con un consumo

mayor de cuatro tragos estándar por ocasión, en más de cinco ocasiones en los últimos tres meses, que reportaran problemas relacionados con el consumo de alcohol u otras drogas, sin síntomas de dependencia fisiológica de acuerdo al DSM-IV-TR, tener entre 14 y 18 años de edad y ser estudiante.

Los resultados del estudio indicaron que en lo que respecta al patrón de consumo, los adolescentes de zonas rurales que recibieron el Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA) consumieron durante la línea base un promedio de 44 copas estándar y en los seguimientos a los 3 y 6 meses su consumo fue de 11 copas estándar y 5 copas estándar, los adolescentes que participaron en el Consejo Breve (CB) presentaron un promedio de consumo de alcohol de 45 copas estándar en la línea base, 14 durante el seguimiento a los 3 meses y 13 en el seguimiento a los seis meses, por su parte los participantes del grupo control consumieron 45 copas estándar en la línea base, 61 copas estándar en el seguimiento a los 3 meses y 51 copas estándar en el seguimiento de los 6 meses.

En el caso de los adolescentes de la zona urbana, los que recibieron el PIBA, reportaron un promedio de 50 copas estándar en la línea base, 11 copas estándar en el seguimiento de los 3 meses y 15 copas estándar en el de los seis meses, quienes recibieron el CB tuvieron un consumo de 47 copas estándar en la línea base, 18 copas estándar en el seguimiento a los tres meses y 18 a los seis meses, finalmente los adolescentes pertenecientes al grupo control en lista de espera tuvieron un promedio de 49 copas estándar en la línea base, 58 copas estándar en el seguimiento a los tres meses y 51 a los seis meses. Con base a lo anterior se observan que existen diferencias estadísticamente significativas en el patrón de consumo de los adolescentes rurales y urbanos que recibieron el PIBA, disminuyendo su consumo, al igual que para los que recibieron el CB que disminuyen su patrón de consumo, a diferencia de los del grupo control que más

bien aumento el consumo de alcohol. Para el grado de impacto del PIBA y el CB, se observa una diferencia entre los grupos siendo mayor el del PIBA ($d= 0.93$ y $d= 0.56$).

Estas evidencias indican que los tratamientos cognitivo-conductuales han mostrado efectividad para el consumo del alcohol, sin embargo, éstas intervenciones tienen ciertas deficiencias metodológicas que es importante atender y tomarse en cuenta para los futuros tratamiento, como el índice que se reporta en las recaídas de las personas en su intento de abstenerse o moderar su consumo, como alcohol, nicotina, cocaína y heroína, por lo que es importante que las intervenciones con este enfoque atiendan las respuestas a largo plazo para prevenir las recaídas, cuestión que es uno de los objetivos de estos tratamientos (Secádes y Fernández, 2001).

Blum, et al. (1998) hacen una revisión de la literatura en donde describen las características de las mujeres que abusan del alcohol, factores de riesgo para el alcoholismo, barreras para el tratamiento, implicaciones y estrategias que favorezcan a la comunidad médica, ya que fisiológicamente el efecto que la sustancia produce es diferente en los hombres que en las mujeres. Mencionan que es importante tomar en cuenta para evitar las barreras que tienen las mujeres para asistir a tratamiento para el abuso de alcohol, las actitudes o la percepción que tienen las mujeres acerca de la idea de su consumo, y los marcados estereotipos sociales de las mujeres que consumen alcohol como el rechazo, culpa, vergüenza, más si son juzgadas como madres, esposas o empleadas consumidoras.

Entre los factores ambientales que predisponen el consumo de alcohol, mencionan el consumo de alcohol dentro de la historia familiar, las presiones

sociales para que beban, depresión, estrés y una historia de violencia física y psicológica, así como las circunstancias especiales de las personas que asisten a tratamiento, las características de sus relaciones íntimas, el estado marital y la influencia de los parientes sobre el consumo de las mujeres. Sugieren que los tratamientos para los problemas con el consumo del alcohol tienen que ser desde una visión en la que los factores ambientales y sociales se tomen en cuenta para resultados más óptimos. Por lo anterior, se considera importante la creación de nuevos tratamientos que estén enfocados a las mujeres que abusan del alcohol.

Se han instrumentado tratamientos que tienen como objetivo prevenir las consecuencias que se generan a partir del abuso del alcohol (Secretaría de Salud, 2012a). El Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) de España, elaboran una guía de estrategias preventivas para reducir los daños ocasionados por el consumo de alcohol, como la conducción bajo los efectos del alcohol y otras sustancias psicoactivas, en donde los objetivos que buscan es reducir la tasa de morbilidad en España a causa de los accidentes bajo el consumo del alcohol, buscan implementar estrategias preventivas en la población de riesgo.

Con respecto a lo anterior Arnau, et al. (2011) realizaron una intervención para prevenir el consumo de alcohol en la conducción con jóvenes que son preconductores y se aplicó fundamentado en el cambio de actitudes. Se llevó a cabo en tres condiciones experimentales con una pre-evaluación y pos-evaluación: a) el grupo que recibió el tratamiento completo, b) el que recibió una parte del tratamiento y c) grupo control, que no recibió el tratamiento. Los participantes fueron 348 de edades entre los 18 y 24 años, con un perfil inicial de riesgo en relación con el consumo de alcohol. Los resultados indicaron que en el nivel de riesgo en el grupo que se aplicó el tratamiento completo en relación al consumo de alcohol disminuyó significativamente una vez finalizado el programa, también se observa una disminución en el grupo control y en que se aplicó

parcialmente el tratamiento, sin embargo, no es estadísticamente significativo. Lo que indica que se detectan diferencias estadísticamente significativas evidentes entre el grupo al que se le aplicó el tratamiento completo con los otros dos grupos experimentales.

Los autores concluyen que el tratamiento es eficaz para el cambio en las actitudes y la reducción del consumo del alcohol en los jóvenes, sin embargo, el estudio arroja diferencias significativas en el grado de riesgo, el cual es mayor en los hombres que en las mujeres, y posterior al tratamiento completo ambos muestran una disminución en el nivel de riesgo.

En el caso de los tratamientos para la población migrante que consume alcohol, se encontró que existen algunas dificultades metodológicas para su sistematización, puesto que a pesar de que la magnitud de la problemática del consumo de alcohol, la dependencia o el abuso del alcohol a sido documentada en los migrantes que radican en Estados Unidos, el uso de los servicios y tratamientos para el abuso y dependencia de alcohol ha sido estudiado de una manera inconveniente.

Al respecto Vega y Sribney (2008) mencionan que a pesar de los esfuerzos que se han dedicado a los servicios de salud mental para latinos con enfermedades mentales, poco se han centrado en los tratamientos para el consumo de alcohol, como resultado hay poca información con las características de las personas que presentan problemas con el consumo de alcohol, así como de las creencias acerca de los tratamientos y/o los módulos de información, así como de las estimaciones del cumplimiento y satisfacción de los mismos. Por lo cual llevaron a cabo un estudio en el cual se examinan los patrones de los tratamiento, en 3012 adultos de Fresno California de origen mexicano, a los cuales se les

aplicó un inventario clínico estructurado que usa los criterios de DSM-III-TR para identificar algunos de los siguientes trastornos: abuso o dependencia de alcohol, abuso o dependencia de drogas, episodio depresivo mayor, episodio maniático, distimia, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobia simple y trastorno de personalidad antisocial. A las personas que respondieron la parte de sintomatología de abuso o dependencia de alcohol, se les preguntó si buscan o reciben tratamiento para consumo de sustancias.

Los resultados del estudio indicaron que alrededor del 60% eran migrantes y el 40% nacieron en Estados Unidos pero de origen mexicano, en cuanto al idioma, el 52% prefería hablar español, solo el 4% de los nacidos en Estados Unidos refiriere hablar inglés. En cuanto a la prevalencia de consumo de alcohol, en el caso de abuso/dependencia de alcohol, los resultados indican que en el caso de las mujeres migrantes no hubo indicadores de abuso de alcohol o dependencia en compañía de otro trastorno mental, en el caso de abuso/dependencia de alcohol con abuso/dependencia de otras drogas se reportó el 0.2%, en abuso/dependencia de alcohol con otro trastorno mental sin uso de sustancias para el trastorno el 0.7%, en abuso/dependencia de alcohol con abuso/dependencia de otras drogas y acompañado de otro trastorno mental sin medicación para el trastorno el 0.5%, que en total es un 1.5% de abuso/dependencia de alcohol en mujeres migrantes.

En el caso de las mujeres nacidas en Estados Unidos, el estudio indica que para el abuso/dependencia de alcohol con otro trastorno se reportó el 4%, en abuso/dependencia de alcohol con abuso/dependencia de otras drogas el 1.1%, en el abuso/dependencia de alcohol con otro trastorno mental sin uso de medicamento para el trastorno el 4.8%, en abuso/dependencia de alcohol con abuso/dependencia de otras drogas y otro trastorno mental sin medicación para el

trastorno el 3.7%, lo que representa un total de 13.7% de abuso/dependencia de alcohol en las mujeres nacidas en Estados Unidos.

En el caso de los hombres migrantes el 9.1% reportaron abuso/dependencia de alcohol sin otros trastornos, en abuso/dependencia con abuso/dependencia de otras drogas el 2%, en abuso/dependencia de alcohol acompañado de otros trastornos mentales sin medicación para el trastorno el 3.5%, en abuso/dependencia de alcohol con abuso/dependencia de otras drogas con otro trastorno mental sin medicación para el trastorno el 1.2%, el total de los migrantes varones con abuso/dependencia de alcohol reportados fue el 15.8%.

Para los varones nacidos en Estados Unidos los resultados fueron, abuso/dependencia de alcohol sin otros trastornos el 12.3%, abuso/dependencia de alcohol con abuso/dependencia de otras drogas 6%, abuso/dependencia de alcohol acompañado de otros trastornos mentales sin medicación para el trastorno el 5.5%, alcohol/dependencia de alcohol con abuso/dependencia de otras drogas acompañado de otros trastornos mentales sin medicación para el tratamiento el 6.7%, en total representan el 30.4% de casos de abuso/dependencia de alcohol de los varones nacidos en Estados Unidos.

En cuanto al tipo de tratamiento que han recibido los migrantes se engloban en, especialistas de salud mental incluyendo los psiquiatras, médico en general que no sean psiquiatras, la hospitalización por uso de sustancias, cualquier servicio de los anteriores, otros servicios profesionales, o sanadores naturales, psíquicos, espirituales, astrológicos, santero o sobador, o remedios de hierbas, agua bendita, baños, limpiezas, hechicería o exorcismo, o grupos de autoayuda sin orden judicial, grupo de autoayuda por orden judicial, y ningún tipo de servicio. Los resultados indicaron que los migrantes son menos propensos a usar los

servicios médicos (psiquiatras, médicos, hospitalización o/y otros servicios profesionales), es más frecuente el uso de grupos de autoayuda por órdenes judiciales, en el caso de tratamientos para el abuso/dependencia con uso de sustancias para otro trastorno mental existe una diferencia notable entre los grupos el 35% para los migrantes y 63% de los nacidos en Estados Unidos, y en el uso de tratamiento médico para el uso de sustancias se encontró que el 7% de los migrantes lo utiliza y el 35% de los nacido en Estados Unidos.

Los autores también observaron que la mayoría de los varones nacidos en Estados Unidos con abuso/dependencia de alcohol tienen otro trastorno del DSM-II-TR a diferencia que los migrantes que solo tienen el trastorno de abuso/dependencia de alcohol. En cuanto a la actitud hacia el tratamiento, los migrantes a diferencia de los nacidos en Estados Unidos, son más propensos a dar respuestas positivas acerca de la relación con los especialistas de salud mental y a tener mejores expectativas del resultado del tratamiento. En cuanto al idioma del tratamiento, los migrantes prefieren el español, mientras que los nacidos en Estados Unidos prefieren el inglés, pero alrededor del 33% de los participantes prefiere que sea en ambos idiomas. Este estudio permite conocer las características diagnósticas de los migrantes mexicanos que radican en Estados Unidos.

4.2. Tratamientos para las Conductas Sexuales de Riesgo

Las investigaciones realizadas acerca de la sexualidad, han enfatizado la necesidad de generar tratamientos dirigidos a las conductas sexuales de riesgo, que tengan como objetivos principales el desarrollo de habilidades sociales, como las de comunicación asertiva y de negociación, de instrucción en el uso correcto del condón y de métodos anticonceptivos, el cambio en la actitud, pensamientos y percepción hacia las conductas sexuales saludables, la adquisición de información acerca de las Infecciones de Trasmisión Sexual, VIH/SIDA, con el propósito de

prevenir las múltiples parejas ocasionales sexuales, el uso de alcohol y drogas durante las relaciones sexuales, y promover el uso del condón. Estas intervenciones pueden estar dirigidas a las personas que no han iniciado su vida sexual (prevención primaria), o las personas que ya están en riesgo, que iniciaron su vida sexual y han tenido prácticas sexuales riesgosas (Prevención secundaria) (Alvaré, et al., 2011; Espada, et al., 2006; Gallegos, Villaruel, Loverand-Cherry, Ronis y Zhou, 2008; García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012; Jiménez, Andrade, Palacios y Betancourt, 2007; Pérez-Jiménez y Orengo-Aguayo, 2012; Robles, et al., 2006).

En cuanto a los tratamientos dirigidos a las conductas sexuales de riesgo, se enfocan principalmente en la población adolescente, puesto que uno de los objetivos es prevenirlas ya que entre menor sea la edad de inicio de la vida sexual, mayor el riesgo de tener prácticas sexuales de riesgo, y buscan promover las relaciones sexuales seguras.

Gallegos, et al. (2008) llevaron a cabo una intervención conductual educativa diseñada para disminuir las conductas sexuales de riesgo de VIH/SIDA y embarazos no planeados en adolescentes mexicanos de la ciudad de Monterrey, es un ensayo controlado aleatorio con cuatro seguimientos en el año, la cual se llevó a cabo en 829 (459 mujeres y 370 hombres) adolescentes estudiantes de preparatoria, de los cuales el 90.5% no había tenido relaciones sexuales y el 9.5% si había tenido, con una media de 15.2 años, se asignaron aleatoriamente al grupo experimental o de control, el consentimiento informado fue firmado por alguno de los padres y los alumnos por ser menores de edad, y se distribuyeron en dos modalidades de intervención: a) reducción del riesgo de VIH/SIDA denominada Cuídate promueve tu salud, que tuvo una duración de seis horas, b) promoción de la salud, aunque el enfoque de los programas impartidos fue

diferente, tuvieron similitudes en las características importantes como el tema “Cuídate” en formato y contenido.

Las estrategias de los programas comprendieron discusiones en pequeños grupos, uso de videos y ejercicios interactivos. Se aplicó el currículo sobre Reducción del riesgo de VHI/SIDA al grupo experimental, los resultados que arrojó fueron que la efectividad de la intervención consistió en el incremento de las intenciones de tener sexo, usar condón y/o anticonceptivos. En cuanto a la deserción de la intervención fue baja, el 94.7% acudió al seguimiento a los tres meses, el 94.6% a los seis meses y el 90.6% asistió al seguimiento a los 12 meses.

Los resultados del estudio no arrojaron diferencias significativas entre el grupo control y experimental, sin embargo, los participantes del grupo experimental reportaron mayor nivel de intenciones de usar condón y de usar anticonceptivos en los siguientes tres meses, que los del grupo control. En cuanto a las variables de edad, género y complacencia social, ninguna interactuó con los grupos para influir las intenciones de tener relaciones sexuales o usar condón o anticonceptivos, lo que infiere que la intervención fue igualmente exitosa para todas las edades, géneros e independiente de la tendencia a dar respuestas socialmente aceptadas.

También se encontró el tratamiento de Robles, et al. (2006) realizaron una intervención dirigida a la comunicación sexual en la pareja y el uso correcto del condón sobre la consistencia del uso del condón, en una muestra de 50 estudiantes universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, que eran sexualmente activos, el 93.1% eran solteros, 93.1% tenían una preferencia heterosexual y el 89.7% vivía con sus papas, el 57.7% planeó su

relación sexual y el 70% la tuvo en su casa. La edad de inicio de las relaciones sexuales fue a los 16.8 en los hombres y 17.9 para las mujeres, el número promedio de parejas sexuales en toda la vida fue de 5.8 en los hombres y 1.9 en las mujeres.

Las conductas de riesgo de VIH/SIDA que se consideraron en el estudio fueron el uso de condón en las relaciones sexuales y en la última relación sexual, la consistencia en el uso de condón y la habilidad conductual para usar correctamente el condón. Se dividieron en grupo experimental y grupo control. La intervención para el grupo experimental duró 8 sesiones consecutivas de dos horas cada una, el grupo control quedó en lista de espera para recibir el taller en la siguiente ocasión y no recibió la intervención. Los resultados muestran que posterior a la intervención existió un incremento importante en el porcentaje de sujetos del grupo experimental que reportaron usar el condón en la última relación sexual, no se reportaron diferencias por el sexo, en cuanto a la consistencia del uso del condón se reportó posterior a la intervención un incremento importante en el grupo experimental a diferencia del grupo control, de igual forma no se reportan diferencias significativas por el sexo, y para la habilidad conductual para usar correctamente el condón se reporta un incremento en el grupo experimental. En las dos habilidades de comunicación sexual asertiva se muestra un incremento en el grupo control, sin embargo no resultó significativa para el sexo.

Los autores concluyen que para determinar el impacto de un programa de intervención conductual en la prevención de conductas sexuales de riesgo, deben considerarse los problemas de validez de las medidas de auto-informe del uso del condón con respecto a la habilidad conductual para usarlo correctamente. Así mismo para lograr un cambio en las conductas sexuales de riesgo es necesario dar un entrenamiento en la habilidad conductual para usar correctamente el condón usando un pene de enseñanza y siguiendo los pasos de uso correcto para

una ejecución correcta. En cuanto al aprendizaje de habilidades sobre la toma de decisiones en el terreno sexual, el negociar el uso de condón se convierte en una forma preventiva en el desarrollo de comportamientos sexuales.

También existen intervenciones dirigidas a los profesionales de la salud que atienden las Infecciones de transmisión sexual, las cuales son una de las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo, o también para la violencia sexual, al respecto Cruz, Ramos y González (2011) llevaron a cabo una guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, diseñada como herramienta de consulta cotidiana y práctica en donde enseñan habilidades a los profesionales de la salud para tratar a los pacientes con respeto, asertividad y sin prejuicios, sin embargo, se menciona la necesidad del incremento de tratamientos que atiendan las conductas sexuales de riesgo desde un marco multidisciplinario, en donde se atienda la diversidad sexual, se planteen las diferencias de género y se use un léxico no sexista.

Puesto que los profesionales de la salud juegan un papel crucial para la prevención y atención adecuada de las ITS, así mismo son los encargados de promover y/o referir a las personas para obtener consejería preventiva o de reducción de riesgos, evaluar el riesgo en las personas y realizar pruebas de laboratorio de acuerdo con el riesgo, diagnosticar y tratar a las personas con alguna ITS y en caso de ser necesario referirlas a servicios más especializados y cumplir con los criterios de confiabilidad en los procesos (Cruz, et al. 2011).

En cuanto a los tratamientos para disminuir las conductas sexuales de riesgo en población migrante, encontramos que la mayoría son para la prevención de conductas de riesgo impartidos en las escuelas o mediante el acceso a la información donde se utilizan volantes, internet o comerciales, y promueven el uso

del condón durante las relaciones sexuales, que tienen como objetivo brindar herramientas y el desarrollo de habilidades que eviten el contagio de infecciones de transmisión sexual, y VIH/SIDA.

El Ministro de Sanidad y Consumo de España (2005), revisa las estrategias de prevención para el VIH/SIDA y otras ITS y menciona que la prevención para la población migrante debe atenderse desde una perspectiva interdisciplinaria que incluya las instituciones implicadas, valore los problemas detectados y las necesidades identificadas, priorice las áreas de investigación y complete las redes y los mecanismos de participación social. Por lo que los programas de prevención y promoción dirigidas a la población migrante no deben ser diferentes a las de la población en general en cuanto a los objetivos, pero si es imprescindible que en ellas se consideren las peculiaridades de cada grupo, y los mensajes preventivos se ajusten a su cultura y sus necesidades. También mencionan que la prevención requiere políticas que ayuden a reducir la vulnerabilidad de las personas, y para que las intervenciones de prevención para del VIH/SIDA sean eficientes proponen unas premisas básicas:

- Cubrir las necesidades básicas y abordar factores que pueden discriminar a los migrantes, como el rechazo social, pobreza, situación jurídica.
- Proporcionar información en el idioma adecuado y adaptado al contexto cultural de la comunidad destinataria.
- Vincular las intervenciones a las asociaciones de migrantes, asociaciones de lucha contra el VIH/SIDA y administración públicas, así como la participación en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones por parte de los migrantes.

- Facilitar e incrementar, de forma real el acceso de los migrantes a los servicios de prevención asistencia y tratamiento del VIH/SIDA existentes en los países de destino.

En cuanto a tratamientos psicológicos que están dirigidos a la población migrante, que atienden las problemáticas en torno a la salud sexual, una gran parte están dirigidos a las esposas de migrantes que se quedan en México, ya que se observa un aumento en las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, en las comunidades con alta incidencia de población migrante (Salgado, et al., 2007; Yáñez, et al., 2010).

En la investigación realizada por Caballero, Leyva-Flores, Ochoa-Marín, Zarco y Guerrero (2008) analizan los procesos de búsqueda de atención de los servicios de salud en dos comunidades (rural/urbana) con alto índice migratorio México-Estados Unidos, la cual se llevó a cabo en 60 mujeres compañeras de migrantes mediante entrevistas a profundidad, con el motivo de explorar la reestructuración familiar y su relación con el proceso de búsqueda de atención a los servicios de salud sexual reproductiva.

Los resultados arrojados del estudio fueron que el 73% de las mujeres nació fuera de las comunidades de estudio, y provenían de comunidades rurales de estados cercanos, pero toman como su lugar de pertenencia el lugar en donde se encuentran. Las edades se tomaron dentro de dos grupos, las que tienen de 21-39 años y las mayores de 40, esta diferencia se hace por las que aún tiene a cargo a los hijos de las que consideran tener hijos con la edad suficiente para cuidar a sus hermanos, así mismo las mujeres menores son las que comúnmente se quedan con su familia de origen cuando el esposo se va a Estados Unidos, y las mujeres mayores de 40 son las que se quedan solas, y es importante mencionar el vínculo que existe con el esposo a pesar de la migración puesto que

la mayoría de ellos son migrantes no documentados, por lo que su regreso es incierto y muy largo en ocasiones.

El estudio indica que en cuanto a las implicaciones de los procesos de búsqueda de los servicios de salud, una parte importante para las mujeres son las redes de apoyo familiar con la que cuentan y que ante una emergencia apoyan a las mujeres con el coche o dinero urgente que necesitan, en cuanto a las visitas que tiene las mujeres al médico dependen de si tiene con quién dejar al hijo, por lo que es frecuente que no se atiendan en el momento o se automediquen para no acudir al doctor. Para la búsqueda de atención de salud reproductiva, mencionan que el acceso no está limitado, las mujeres acuden y toman sus decisiones sobre su cuidado sexual en el momento que ellas lo deciden, algunas toman en cuenta al compañero que se encuentra en Estados Unidos para no generar tensión en la pareja.

Dentro de las barreras que se encontraron para el acceso a los servicios de salud de la comunidad, se encontró que el sistema no toma en cuenta las dinámicas y horarios familiares, así como de ser medicadas tener que comprar el medicamento en otro lado porque ahí no lo hay, lo que genera desequilibrios económicos. En cuanto a la salud sexual y reproductiva, puesto que la mayoría son parte del programa Oportunidades, están comprometidas a realizarse el Papanicolaou una vez al año, sin embargo, no lo encuentran productivo, puesto que los resultados son muy tardados y dista de la idea de educación para la prevención. Además en caso de que el examen arroje datos de riesgo, la mujer tiene que trasladarse por sus propios recursos para la capital y los tramites son tardados para recibir el tratamiento, lo que genera que la mujeres no se atiendan adecuadamente.

Los autores concluyen con la propuesta de mejorar la respuesta de los servicios de salud de la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual y VIH, en las mujeres compañeras de migrantes, enfatizando las características y condiciones de atención de la salud sexual y reproductiva en las mujeres. El cual se focalizó en los centros de salud del estado de Morelos, y se buscó fortalecer los procesos de prevención primaria mediante acciones desarrolladas en dos ejes: la organización mensual de pláticas de promoción de la salud sexual y reproductiva, y la difusión de información y consejería brindada de manera individualizada durante la consulta médica o mediante ferias de la salud. La respuesta de los servicios de salud en Morelos hacia las ITS y VIH, relacionadas con la migración se encuentra conformada por tres grandes componentes que influyen en las maneras en que se brindan la atención a la población, se encuentra la percepción y valoración del personal de salud sobre el entorno social, la migración y la manera en cómo esta influye sobre la producción y reproducción de problemas de salud.

Por parte de las instituciones de Estados Unidos, existen asociaciones que realizan programas de atienden a las mujeres migrantes, como el que realizaron gracias a un convenio con la SIPAM (Salud integral para la mujer A. C.) que es una organización ciudadana sin fines de lucro, que trabaja preferentemente con mujeres y jóvenes en torno a la producción, ejercicio y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, la cual tiene alianza con organizaciones ciudadanas en Michoacán y Guanajuato, para impulsar acciones de prevención de VIH entre las mujeres, parejas y migrantes.

Buscan que organizaciones binacionales (FEDECMI/casa Michoacana) fortalezcan su propuesta trasnacional para la prevención del VIH en poblaciones migrantes y contribuyan a desarrollar desde el trabajo comunitario un enfoque teórico y metodológico sobre los temas género, VIH y migración. Realizaron un

proyecto en la ciudad de Chicago denominado “Mujeres Migrantes en Contra de la Discriminación y el VIH”, que tenía como objetivo brindar información acerca del VIH/SIDA y las ITS, para fortalecer a la sociedad civil en la prevención y el riesgo con mujeres en comunidades transnacionales, apoyar a las mujeres para que tengan acceso a servicios relacionados con el VIH y brindar información sobre los mecanismos de defensa de sus derechos humanos, establecer programas sensibles al género, la lengua y la cultura para los trabajadores migratorios internacionales y sus familias.

El programa se llevó a cabo por medio de la invitación a los migrantes pertenecientes a la Casa Michoacán/Chicago, el taller tuvo una duración de 2 horas, donde se utilizaron estrategias didácticas para brindar información acerca de la salud sexual, como folletos informativos y diálogos en grupo sobre el VIH y las Infecciones de Trasmisión Sexual (Avila, 2012). Por lo anterior es que se plantea la necesidad de intervenciones multidisciplinarias que brinden las herramientas necesarias en la reducción de las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo en población migrante, desde un marco científico e instrumentado.

4.3. Tratamientos para el Consumo de Alcohol y las Conductas Sexuales de Riesgo

Es importante hacer la diferencia entre los tratamientos que están dirigidos al consumo de alcohol y a las conductas sexuales de riesgo, puesto que cuando dos variables de riesgo se unen, generan mayor peligro y perjudican considerablemente a la población, la literatura explica la manera en la que se da esta relación, el alcohol potencializa el riesgo de las prácticas sexuales riesgosas, da mayor valor a las personas, aumenta el deseo y disminuye la sensación de

peligro, a la vez que las relaciones bajo el efecto de alcohol pueden generar prácticas sexuales de riesgo, como las múltiples parejas sexuales ocasionales, y propiciar el contacto de secreciones sexuales por la falta de cuidado (Antón y Espada, 2009; Goncalves, et al., 2007; Kiepek, 2008; Molina, et al., 2009; Monteiro & Pedlow, 2011; Palacios, et al., 2007; Woolf-Kings & Maisto, 2011).

A continuación se describen algunas de las intervenciones que están dirigidas a resolver esta problemática.

En la investigación realizada por Velázquez, et al. (2009) el cual es un ensayo clínico aleatorio para reducir el consumo de alcohol y la incidencia de relaciones sin protección en hombres VIH positivos que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, los participantes fueron reclutado en un periodo de 3 años y medio, de acuerdo a los criterios de a) si tuvieron sexo anal u oral con otros hombres en los últimos tres meses, b) si tuvo una puntuación de 8 o más en el test que se aplicó para el trastorno por abuso de alcohol, c) si proporcionaron una fuente de localización segura, d) y si no estaban recibiendo algún tratamiento para el comportamiento del VIH, e) no presentaban sintomatología psicótica, y f) hablaba inglés, en total fueron 253 hombres, 118 para la condición experimental y 135 para el grupo control, de los cuales 4 se denominaron transgénero pero aún no se realizaban la asignación de sexo, la edad media fue de 38.6 oscilando entre los 19 y 61 años.

Los participantes eran de diversas etnias, la mayoría 79% eran hombres de color, el 73.1% se denominó homosexual, el 85.4% tenía al menos una educación de secundaria o su equivalente y el 23.4% tenían un título universitario, el 42.7% contaban con empleo y el 23.7% estaban discapacitados para trabajar, el 34% reportaron algún encarcelamiento anteriormente. La intervención (condición

experimental), tuvo como fundamento dos intervenciones probadas científicamente que emplean técnicas del proceso de cambio para la reducción de transmisión de VIH en hombres VIH/positivos y hemofilia con parejas sexuales VIH negativas, y la terapia de motivación para el abuso de alcohol.

La intervención fue mixta para integrar los dos modelos, con sesiones individuales destinadas a la abstinencia de alcohol y con sesiones de grupo con actividades para promover el uso consistente de condón y sexo más seguro, con el objetivo de maximizar el impacto potencial de ambas conductas, la cual se centra en técnicas como el balance decisional, las identificación de riesgo y los niveles de confianza del cliente, la consejería se fundamentó en la entrevista motivacional.

Al grupo control se le proporcionó una guía con las referencias detalladas de las agencias y programas comunitarios centrados en los problemas de alcohol, VIH y sexo seguro, además de una hoja informativa que describe la interacción entre el consumo de alcohol y los medicamentos para el VIH, y se acompañó con consejería para dejar de beber y el consumo moderado y la información con la referencia global para los programas y recursos locales. Para medir el efecto del consumo y las conductas sexuales de riesgo en las personas, se reportó su comportamiento durante 30 días, para el grupo control se reportó su consumo en los 12 meses siguientes, se encontró una disminución en el patrón de consumo de los participantes de la intervención a comparación del grupo control que bebían 1.38 veces más, que también reportaron mayor días de consumo excesivo en el periodo de 30 días.

En los resultados de consumo de alcohol a través del tiempo se obtuvo una disminución de consumo de alcohol para ambos grupos en el número de bebidas,

el número de días de consumo y en el número de consumo excesivo durante 30 días. En cuanto a las relaciones sexuales sin protección en un periodo de 30 días también mostró un efecto en el tiempo, mostrando una reducción general del número de días de sexo sin protección, para ambos grupos.

Insúa y Grijalvo (2000) hacen una revisión de las premisas y objetivos básicos de los programas de reducción de riesgos y daños asociados, señalando la necesidad de formación específica de los profesionales de la salud para poner en marcha intervenciones eficaces de salud pública a los usuarios de drogas, en distintas modalidades intervención, las cuales son programas de mantenimiento con metadona y con otros agonistas opioides, programas de dispensación de otras sustancias psicoactivas, programa de consumo de menor riesgo y programas de promoción de un sexo más seguro.

Se revisará a detalle únicamente la propuesta del programa de promoción de sexo más seguro, los cuales describen como Talleres de sexo más seguro y lo trabajan desde una perspectiva grupal, donde proporcionan educación sanitaria sobre sexualidad y prevención, tienen como objetivo cambiar la conducta sexual de riesgo por una conducta más segura, con una duración de cinco o seis sesiones de dos horas aproximadamente, en la que trabajan con los conocimientos, las creencias, actitudes y la conducta sexual, haciendo hincapié en aquellas variables que van a determinar el uso o no del condón, que no tienen que ver con la información que tiene el sujeto sobre la necesidad de su uso. Sin embargo, mencionan la importancia de contrastar este tipo de talleres y evaluarlos para poder medir el impacto y su proceso, a corto y largo plazo, para poder replicarlas y modificarlas maximizando los beneficios con respecto a los costes y la rentabilidad de los mismos.

Por lo anterior se concluye que a pesar de que los servicios de salud han identificado a los varones migrantes como el foco principal sobre el cual se deben realizar las acciones para la prevención y atención de ITS, son en las mujeres que se enfoca la mayoría de las acciones de prevención. Sería importante la inclusión del enfoque de género para la atención del problema, por ello la propuesta de realizar una intervención que esté dirigida a las mujeres migrantes que abusan del alcohol y que tienen conductas sexuales de riesgo, pues se encuentran intervenciones enfocadas a la promoción de prácticas saludables, donde hablan de la importancia del uso del condón, o del daño que provoca el consumir alcohol, pero son menos las intervenciones que tienen como objetivo disminuir las problemáticas de estas conductas de riesgo.

Actualmente se ha evidenciado el aumento que hay en el nacimiento de niños con problemas o con síndrome alcohólico fetal, a causa del consumo del alcohol por parte de la madre durante el embarazo (OMS, 2011c). Así mismo se resalta la necesidad de instrumentar intervenciones validadas empíricamente que estén dirigidas a la población adulta de mujeres que ya esté en riesgo de contraer una infección de transmisión sexual, que abusen del alcohol y que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad como es el caso de la migración, tomando en cuenta los factores contextuales que limitan su aplicación, como la condición legal de los migrantes y el poco acceso a los servicios de salud.

5. MÉTODO

A continuación se describen las características del método de la presente investigación, el diseño de investigación y la descripción de cada una de las fases llevadas a cabo.

5.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio:

La siguiente investigación es un estudio de caso, se aplicó la intervención “Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos, el cual es un tratamiento cognitivo-conductual, a una mujer migrante que abusa del alcohol y tienen conductas sexuales de riesgo.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad de una intervención cognitivo conductual para disminuir y prevenir las conductas sexuales de riesgo y el abuso de alcohol en una mujer migrante?

Objetivo general:

Evaluar la efectividad en una intervención cognitivo conductual para disminuir y prevenir las conductas sexuales de riesgo y el abuso de alcohol en mujeres migrantes.

Objetivos específicos:

- Desarrollar una escala que evalúe las prácticas sexuales de riesgo en mujeres migrantes y analizar sus características psicométricas.
- Elaborar un grupo focal para la validación de una técnica de la Intervención “Mujer Migrante...Enfrentando los desafíos”.

Para el cumplimiento del objetivo se llevó a cabo la investigación en tres fases:

1. Elaboración y evaluación de las propiedades psicométricas del instrumento de evaluación “Salud sexual”.
2. Grupo focal para revisar la pertinencia del contenido de las historias
3. Elaboración de la Intervención “Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos”.

Variable Independiente: Intervención cognitivo conductual (tratamiento).

Definición conceptual: el objetivo de las intervenciones breves es reducir el riesgo de daños ocasionados por el uso continuado de la sustancia, siendo obviamente la abstinencia del consumo lo que se considera como el mayor grado de reducción de daño, sin embargo, el objetivo es específico para cada usuario, el cual se determina a partir de su patrón de consumo, las consecuencias de su uso y el entorno del usuario. Esta va desde una sesión hasta 40, y en la terapia típica es entre 6 y 20 sesiones. Tienen como objetivo proveer a los pacientes de herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar una variedad de

problemas subyacentes. Difiere de la terapia a largo plazo en que el foco se sitúa sobre el presente, enfatiza el uso de herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y enfoca un cambio de comportamiento más específico, en lugar de un cambio a gran escala o más profundo (Kristen, 1999; Lawton, 1999).

Definición operacional, se mide con el impacto que tiene la Intervención “Mujer migrante enfrentando los desafíos”, por medios de las estrategias empleadas, la cual está constituida por ocho sesiones, distribuidas de la siguiente manera: sesión de admisión, evaluación inicial, cinco sesiones de tratamiento, y una de seguimiento a los tres meses, con una duración de 1 hora aproximadamente en cada sesión impartida semanalmente y de manera individual.

Variable dependiente: Consumo de alcohol

Definición conceptual: el consumo de alcohol se refiere a la práctica repetitiva de consumo de alcohol, que de acuerdo al DSMVI-TR (APA, 2000) se clasifica en abuso de alcohol o dependencia al alcohol, cuando el consumo es nocivo para la salud del usuario.

Definición operacional: la variable se medirá a partir de los autorregistros del consumo de alcohol para conocer el patrón de consumo durante la intervención y en los seguimientos, el cual sirve como evidencia de su consumo día a día y de las metas planteadas en la semana (Echeverría, et al., 2007).

Variable dependiente: Conductas sexuales de riesgo

Definición conceptual: una conducta sexual de riesgo es aquella en la que la persona está más propensa a sufrir algún daño físico y emocional, esto producto del riesgo al que se expone dentro de la práctica sexual de contagiar una infección de transmisión sexual, VIH/SIDA, cáncer cervicouterino o un embarazo no planeado y abortos riesgosos (OMS, 2011c)

Definición operacional: Mediante la aplicación de los autorregistros y conocer el patrón de las relaciones sexuales durante la intervención y en los seguimientos, el cual sirve como evidencia de su patrón día a día y de las metas planteadas en la semana.

Hipótesis

Hipótesis de Investigación: la intervención disminuye y previene las conductas sexuales de riesgo y el consumo de alcohol.

Hipótesis nula: la intervención no disminuye ni previene las conductas sexuales de riesgo y el consumo de alcohol.

A continuación se muestran los resultados de la presente investigación, los cuales realizaron en tres fases:

1. Construcción y validación del Inventario de Salud Sexual, piloteo y sus evaluaciones psicométricas, que forma parte de la evaluación de la Intervención “Mujer Migrante, Enfrentando los desafíos”.
2. Validación de las historias de la Intervención “Mujer Migrante, Enfrentando los desafíos”, “Historia de una noche en el baile y Encuentro con una ex pareja”, mediante grupo focal.
3. Presentación de caso de la Intervención “Mujer Migrante, Enfrentando los desafíos”.

5.2. FASE I: Construcción y validación del Inventario de Salud Sexual, piloteo y sus evaluaciones psicométricas.

5.2.1. Introducción

El inventario de Salud Sexual fue diseñado ante la necesidad de encontrar un instrumento que se ajustara a los objetivos requeridos para la evaluación de conductas sexuales de riesgo en población impactada por el fenómeno migratorio.

Pulido, et al. (2013) mencionan que una conducta sexual de riesgo es aquella en la que la persona está más propensa a sufrir algún daño físico y emocional, esto producto del riesgo al que se expone dentro de la práctica sexual de contagiarse de una Infección de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, cáncer cervicouterino o un embarazo no planeado y abortos riesgosos; entre las conductas de riesgo se encuentran el no usar condón en las relaciones sexuales vaginales, anales y orales, las múltiples parejas sexuales ya sean heterosexuales, homosexuales o bisexuales, tener relaciones bajo el influjo del alcohol o drogas, la exposición de la vagina, pene, ano, boca o mano con cualquier parte del cuerpo que contenga secreciones sexuales, y la edad biológica del inicio de las relaciones sexuales.

Las prácticas sexuales de riesgo son las actividades en las que existe penetración y/o contacto pene-ano, pene-vagina, pene-boca, pene-mano-boca, pene-boca-vagina, mano-ano-boca, mano-ano-vagina o donde la penetración o contacto es con objetos contaminados con secreciones sexuales o sangre utilizados durante la relación sexual, sin el uso correcto de condón que evita el intercambio de secreciones o líquidos potencialmente infectados (Secretaría de Salud, 2009).

Para conocer la sexualidad y las conductas sexuales de riesgo se han desarrollado diferentes instrumentos, para las mujeres encontramos el instrumento realizado por Blümel, et al. (2004) que aplicaron y validaron un instrumento denominado “Índice de Función Femenina” en población chilena a 353 mujeres sanas de 20 a 59 años con actividad sexual, el cual es está constituido de 19 preguntas divididos en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, el cual tiene como objetivo evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida, sin embargo, este instrumento no sirve como tal para identificar las conductas sexuales de riesgo, si no para identificar trastornos de la sexualidad y problemas relacionados a la sexualidad, cuestiones que pueden acompañar o no las conductas sexuales de riesgo.

Así mismo se encuentra el instrumento “Escala de actitudes hacia la sexualidad” realizada por Diénguez, López, Sueiro y López, (2005) la cual mide la actitud positiva o negativa (liberal o conservadora) hacia conceptos centrales de la sexualidad, y mencionan que las actitudes son importantes cuando se tratan temas sexuales y de conductas sexuales de riesgo, es un instrumento para ambos sexos y consta de 28 reactivos, a pesar de esto, la actitud liberal o conservadora, no indica la presencia de conductas sexuales de riesgo, aunque si una predisposición a estas. Por otro lado Piña, Robles y Rivera, (2007) miden las propiedades psicométricas del “Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo” en jóvenes de dos centros universitarios de México, la cual consta de 44 preguntas y tuvo una consistencia interna de .821, sin embargo, es un instrumento para población adolescente y para ambos sexos.

También se revisó el Instrumento para la medición de la conducta sexual en adolescentes féminas de Argentina (CCS) (Vega, 2006) el cual son 50 preguntas

basados en la teoría de Freud, se evaluaron el tipo de actividad sexual, el inicio genital y la edad de inicio genital, sin embargo, no se utilizó este instrumento ya que difiere en el enfoque teórico y está dirigido a población adolescente.

Pulido, et al. (2013), realizaron un cuestionario con base al desarrollo de diez grupos focales, en donde se preguntaba acerca de las conductas sexuales de riesgo que observaban de sus compañeros y de ellos mismos, al final se desarrolló el “Cuestionario Sobre Sexo en Estudiantes Universitarios” (SSEU) con una consistencia interna de .815, pero este instrumento no se consideró para el estudio puesto que la población era adolescente y para ambos sexos. Por lo anterior es que se tuvo la necesidad de crear un instrumento para conocer las conductas sexuales de riesgo en mujeres impactadas por el fenómeno migratorio, en donde se incluya el consumo de alcohol dentro de los factores de riesgo.

La construcción del Inventario, permitió hacer un análisis de los reactivos de diferentes instrumentos, que si bien no cumplían con los objetivos que se necesitaban para esta investigación, si permiten conocer las similitudes entre los factores importantes dentro de las conductas sexuales de riesgo, como la consistencia del uso de condón, pero también permitió identificar los reactivos que se necesitaban para el inventario de la presente investigación, como las variables actitudinales que permiten conocer el grado de percepción que tienen del peligro, sobre todo para el sexo ocasional (Diéguez, et al., 2005)

Es importante mencionar que los estudios o intervenciones dirigidas a la población migratoria son difíciles de localizar y los instrumentos que se utilizan deben de considerar la adecuación para los migrantes, así como cuestiones de género y factores socioculturales. Por lo anterior, es que se menciona la importancia de hacer investigaciones acerca de las conductas sexuales de riesgo

en mujeres adultas que ya están en riesgo de padecer algún daño físico y psicológico y aumentar estrategias e instrumentos de medición en estas poblaciones.

Otro de los objetivos del instrumento era la contextualización del Inventario que permitiera la captura de datos migratorios, puesto que la migración designa características que aumentan la vulnerabilidad de las personas, y se clasifican en las personas que permanecen en la comunidad de origen y que tienen familiares migrantes, como las esposas o hijos de migrantes, las personas que se trasladan o viajan de su comunidad de origen y/o personas que nacen en el destino pero con padres migrantes. La manera en la que afecta a las personas depende de su cercanía y su situación migratoria, pero es la circularidad de la migración la que genera escenarios para las conductas sexuales de riesgo, así como tomar en cuenta la diferencias entre distintos grupos de migrantes como los legales, sin documentados, trata de blancas y condición socioeconómica, que los posiciona en un sector vulnerable para la salud, enfermedades físicas y psicológicas (González, et al., 2007; Hidalgo, et al., 2008; OMS, 2008; Yáñez, et al., 2010).

5.2.2. Método

Objetivo: construir y analizar las propiedades psicométricas del Inventario de Salud Sexual. Para medir el nivel de riesgo de las conductas sexuales de riesgo en la participante de la Intervención Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos.

Participantes: se aplicó a 210 mujeres, de las cuales 197 son mujeres impactadas por el fenómeno migratorio y 13 no tienen familiares migrantes, que hubiesen iniciado su vida sexual y que van de los 18 a los 43 años.

Criterios de inclusión: mujeres de 18-43 años que hayan iniciado su vida sexual.

Criterios de exclusión: mujeres menores de 18 años y mayores de 43 que no hayan iniciado su vida sexual.

Escenario: Se solicitó el permiso en el Hospital de la Mujer de Morelia Michoacán para aplicar el Inventario de Salud Sexual a las mujeres que acuden a consulta médica y después de una evaluación por parte del comité de Bioética se autorizó la aplicación. Se hizo la aplicación acercándose a las mujeres que acudían a cita médica, mediante la invitación a contestar el instrumento, se explicaba que es un Inventario para conocer la salud sexual y se informaba acerca de la confidencialidad y anonimato de los datos, a la vez que se les solicitaba su consentimiento informado.

También se solicitó el consentimiento a la Facultad de Psicología de la UMSNH para aplicar el Inventario a las alumnas universitarias, se les explicaba que es un Inventario para conocer la salud sexual y se les informaba acerca de la confidencialidad y anonimato de los datos, a la vez que se les solicitaba su consentimiento informado, si la persona accedía a contestar el Inventario, se le proporcionaba para que lo contestaran.

Procedimiento: la construcción del instrumento se realizó con la revisión de la literatura acerca de las conductas sexuales de riesgo y de esta forma se establecieron los temas teóricos que se pretendían abordar, los cuales son: consumo de alcohol, múltiples parejas sexuales, parejas ocasionales y relaciones sexuales sin uso de condón, falta de información acerca de la salud sexual,

cuidados y prácticas sexuales, en total se construyeron 67 reactivos. Posteriormente se solicitó a tres jueces expertos en investigación que lo calificaran y brindaran retroalimentación con base a los constructos teóricos, esto permitió asignar el nombre del Inventario y hacer la modificación a los reactivos en cuanto a su lógica y entendimiento (Ver Anexo 1).

Una vez que se realizaron las modificaciones sugeridas a partir de las recomendaciones de los jueces, resultó la versión de 67 reactivos, dividido en un apartado con 17 preguntas sociodemográficas, de migración familiar e indicadores de salud sexual. La primer escala, se conformó por 31 preguntas sobre las prácticas sexuales con cinco opciones de respuesta; la segunda escala fueron 12 preguntas acerca del inicio de las relaciones sexuales y la primera relación sexual, con cinco opciones de respuesta; y la tercera escala fueron 7 preguntas sobre la información antecedente sobre la sexualidad, con cinco opciones de respuesta (Ver Anexo 2).

La aplicación del Inventario de Salud Sexual (ISAS) se realizó de forma personalizada y auto-aplicada a las personas que cumplieran las características, mujeres mayores de 18 años con inicio de vida sexual, su aplicación fue de manera individual y grupal, el tiempo de aplicación se calcula en 15 minutos aproximadamente.

Análisis de los datos del Inventario de Salud Sexual (ISAS):

- Análisis de poder discriminativo y de direccionalidad de los reactivos a través de una pruebas t de Student.
- Analisis de confiabilidad por medio de Alfa de Cronbach de la prueba total.
- Análisis factorial por medio de los componentes principales con rotación varimax.
- Análisis de confiabilidad interna por medio de Alfa de Cronbach por factor.
- Se realizó por medio del programa SPSS 20

5.2.3. Resultados

Las características de las participantes son una edad promedio de 23.5 con una desviación estándar de 5.2, la mayoría son estudiantes universitarias, solteras y la mayoría reporta no tener hijos (ver la tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres

Rango de Edad		Escolaridad		Estado civil		Ocupación		Número de hijos	
18-22	118	Primaria	2	Solteras	163	Hogar	25	S/hijos	162
23-28	64	Secundaria	5	Casadas	34	Estudiante	161	1	24
29-33	16	Preparatoria	21	Unión Libre	11	Empleado	21	2	12
34-38	5	Universidad	167	Divorciadas	2	Comerciante	1	3	10
39-43	7	Posgrado	7	Viudas	0	Desempleado	2	4	2

En los datos de migración casi el total de la muestra tienen familiares que han migrado a Estados Unidos, en su mayoría son tíos y predomina la migración externa (ver la tabla 2).

Tabla 2. Descripción del Tipo de Migración

	F	%
Migración Interna	11	5.2
Migración Externa	131	62.1
Ambas	55	26.1
Ninguna	13	6.2
Total	210	100

Se realizó análisis de discriminación de reactivos por medio de la prueba t de Student y se retuvieron los reactivos que tenían igual o menor que .05 de lo contrario automáticamente se eliminaron del instrumento. De la primera escala sobre las prácticas sexuales se eliminaron 11 reactivos, y quedaron 20 reactivos, de la segunda escala acerca del inicio de las relaciones sexuales, se eliminaron 3

reactivos, y quedaron 9 reactivos, y de la tercera escala sobre la información antecedente sobre la sexualidad se eliminaron los 7 elementos, por lo que se eliminaron todas esas preguntas (Ver Anexo 3).

Se realizó el primer análisis factorial por medio de Alfa de Cronbach a los ítems seleccionados, y no se eliminaron reactivos de este análisis (ver anexo 4). Se reportó una confiabilidad de la prueba total mediante el alpha de Cronbach de $\alpha = .872$. Y en la escala denominada Prácticas Sexuales de Riesgo reportó una confiabilidad mediante el alpha de Cronbach de $\alpha = 0.838$. Y en la escala Antecedentes Informativos sobre la Sexualidad el alpha de Cronbach de $\alpha = 0.818$.

Posteriormente se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax a la escala Prácticas Sexuales de Riesgo y resultaron 4 factores. El primero se denominó consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo; el segundo Prevención y conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual eliminando; el tercero parejas ocasionales y conductas sexuales de riesgo; y el cuarto relaciones sexuales, expectativas y prácticas, el cual fue eliminado por su baja confiabilidad (Ver la tabla 3 y 4).

Tabla 3. Estructura factorial del Inventario de Salud sexual de la escala Prácticas Sexuales de Riesgo

Factor	Reactivo	Peso Factorial	Peso Propio	Varianza Explicada	α de Cronbach
1. Consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo	5. He tenido relaciones sexuales sin protección en estado de ebriedad	.767			0.871
	6. Cuando consumo alcohol tengo relaciones sexuales	.876			
	11. Cuándo tengo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol me siento más cómoda	.742			
	14. Cuando salgo de fiesta y consumo bebidas alcohólicas, es común que tenga relaciones sexuales	.829	5.226	27.508%	
	17. He tenido relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica	.798			
	20. Me resulta fácil tener relaciones sexuales con alguien que acabo de conocer	.548			
	26. Cuando tengo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol me siento más liberada	.736			
2. Prevención y conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual	3. Cuando inicio una nueva relación, le comunico a mi pareja sobre mi salud sexual	.759			.768
	7. Hablo con mi pareja sobre sus antecedentes sexuales	.876			
	8. Me aseguro que mi pareja no tenga enfermedades de transmisión sexual antes de tener relaciones sexuales con él	.830	3.585	18.869%	
3. Parejas ocasionales y conductas sexuales de riesgo	28. Les pregunto a mis parejas si han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual	.786			0.650
	15. Utilizo condón durante las relaciones sexuales cuando son parejas ocasionales	.738			
	18. Con las parejas ocasionales evito las prácticas sexuales orales	.861	1.738	9.150%	
4. Relaciones sexuales, expectativas y prácticas	22. Con las parejas ocasionales evito las prácticas sexuales anales	.805			0.216
	10 Cuando tengo prácticas sexuales anales, utilizo condón *(Contesta solo si has realizado dicha práctica)	.623			
	CSR_21 Tengo prácticas sexuales orales	.423	1.453	7.646%	
	CSR_31 Pienso que si le exijo a mi pareja que use condón puede pensar que no le tengo confianza	.804			

Tabla 4. Varianza total explicada de la escala Prácticas Sexuales de Riesgo

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5.335	26.677	26.677
2	3.698	18.489	45.167
3	1.758	8.792	53.958
4	1.551	7.753	61.711
5	1.188	5.940	67.651
6	1.072	5.358	73.009

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax a la escala llamada Antecedentes Informativos sobre la Sexualidad y resultó un factor denominado conocimiento y cuidado de las relaciones sexuales (Ver la tabla 5 y 6)

Tabla 5. Estructura factorial del Inventario de Salud sexual de la escala Antecedentes Informativos sobre la Sexualidad

Factor	Reactivo	Peso Factorial	Peso Propio	Varianza Explicada	α de Cronbach
1. Antecedentes Informativos sobre la Sexualidad	CSR_ANTE_3 Ya sabía cómo usar el condón	.673			
	CSR_ANTE_4 Tenía conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual	.722			
	CSR_ANTE_5 Sabía cómo evitar un embarazo no deseado	.785			
	CSR_ANTE_6 Alguien me habló acerca de lo que pasa al tener relaciones sexuales	.832			
	CSR_ANTE_7 Platiqué con mi pareja antes de tener relaciones sexuales sobre una manera de cuidado sexual	.687	1.044%		0.842
	CSR_ANTE_8 Busqué asesoría acerca del sexo antes de iniciar mis relaciones sexuales	.591			
	CSR_ANTE_9 Alguien me habló acerca de las maneras de cuidarme y protegerme cuando tuviera relaciones sexuales	.793			

Tabla 6. Varianza total explicada de la escala Antecedentes Informativos sobre la Sexualidad

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3.964	44.044	44.044
2	1.485	16.505	60.548

Posterior a que se eliminaran los reactivos con el análisis factorial. En la primer escala denominada Prácticas Sexuales de Riesgo quedaron 13 reactivos y reportó una confiabilidad de .744, y en su segunda escala llamada Antecedentes Informativos sobre la Sexualidad quedó conformada por 7 reactivos y reportó una confiabilidad de .842 (Ver Anexo 6 del Manual).

5.2.4. Discusión

El objetivo de la presente fase fue construir, pilotear y validar psicométricamente el Inventario de Salud Sexual (ISAS). El cual se realizó ante la necesidad de incluir un instrumento que midiera el grado de riesgo de las conductas sexuales de riesgo, para utilizarlo en la Intervención Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos, que se realizó en marco de esta investigación.

Los resultados mostraron que el inventario mide los temas teóricos de interés que son las conductas sexuales de riesgo, indicadores de salud sexual y de migración y obtuvo una buena consistencia interna en sus diferentes factores. Asimismo, los factores que se obtuvieron de las dos escalas concuerdan a lo esperado teóricamente, muestran la estrecha relación de las conductas sexuales de riesgo con el uso de alcohol en las relaciones sexuales, las parejas ocasionales y el uso de condón (Anton y Espada, 2009; Calsyn, et al., 2011; Gallegos, et al., 2007; Kiepek, 2008; Kings y Maisto, 2009; Molina, et al., 2009; Monteiro & Pedlow, 2011).

El ISAS, inicialmente se conformaba por tres escalas, la primera contenían los reactivos sobre el tipo de prácticas sexuales de riesgo, en la segunda se encontraban los reactivos de los antecedentes informativos sobre las relaciones sexuales y en la tercera escala se encontraban las características de la primera relación sexual. Los reactivos que conforman la primera escala, permiten identificar el tipo de práctica sexual que se realiza y si éstas son riesgosas, el uso de condón, parejas ocasionales, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el uso de alcohol en las relaciones sexuales.

Algo que se consideró para la formulación de los reactivos de esta escala es el grado de incomodidad que les puede generar a las mujeres contestar un instrumento de este tipo, por lo que se requirió que los reactivos no fueran muy invasivos. Sin embargo, se considera que esto fue uno de los factores que limitó el acceso a la información en algunas preguntas de esta escala, puesto que son temas considerados muy íntimos para las mujeres y que normalmente no están acostumbradas a compartir o hablar, como por ejemplo los reactivos que mencionan si tienen prácticas sexuales orales y anales.

Por lo anterior es que se propone una reestructuración de los reactivos eliminados de esta escala acerca del tipo de prácticas sexuales, y con esto tener una segunda aplicación del Inventario de Salud Sexual.

En la segunda escala, resultó un factor denominado antecedentes informativos de la salud sexual, que es uno de los temas que se abordaron dentro de las conductas sexuales de riesgo. En la literatura se señala que a menor información acerca de la prevención de las ITS, VIH/SIDA y del cuidado de la salud sexual, mayor el riesgo de tener conductas sexuales de riesgo como lo mencionan diversos autores e instituciones (Liu, et al., 2011; OMS, 2011c; Rodríguez y Díaz-González, 2011; Secretaria de Salud, 2009; Szasz, 2000), sin embargo, es importante tener en cuenta que es importante la información que se tiene sobre la salud sexual y prevención, pero no es la única variable que influye en el cuidado de la sexualidad. Pulido, et al. (2013) mencionan que es en la licenciatura cuando se ve un incremento en el inicio y actividad sexual de estudiantes, y pese a que han recibido información por algún medio y conocen el condón, no existe una consistencia en su uso, esto indica que a pesar de que las personas tienen información sobre medidas preventivas, no toman medidas preventivas para evitar un contagio, uno de los factores que potencializan esta

falta de cuidado es que las relaciones sexuales se realizan bajo los efectos del alcohol o drogas, lo que disminuye la percepción de peligro (Blümel, et al., 2004).

En la tercera escala, los análisis psicométricos indicaron que no contaba con la consistencia interna necesaria y se eliminó, sin embargo, dentro de la literatura se menciona la importancia que tiene la primera relación sexual y la forma en la que se lleva a cabo, ya que esto puede influir en la decisión del uso o no del condón en las siguientes relaciones sexuales de las personas (Rodríguez y Díaz-González, 2011).

Por lo anterior es que se propone una segunda aplicación del el Inventario de Salud Sexual, en donde se modifiquen la redacción de los reactivos que en el análisis resultaron más bajos en su consistencia interna, para aumentar su confiabilidad, también crear y aumentar más reactivos que sustituyan a los eliminados en esta primera aplicación, que aborden los temas de las prácticas sexuales, los antecedentes informativos sobre salud sexual y los antecedentes de las prácticas sexuales como la primera relación sexual, desde un marco de respeto y de cuidado para las participantes. Así mismo es importante que el ISAS incluya el consumo de sustancias ilegales en las relaciones sexuales, puesto que a pesar de que en los análisis del ISAS no se reportan reactivos de este tema, es importante tomarlo en cuenta.

También es importante que se aumenten reactivos que consideren a la migración como un factor de riesgo para las conductas sexuales de riesgo, puesto que en el ISAS solo se retoman indicadores sociodemográficos de migración en donde se pregunta en qué país tuvo su primera relación sexual, si tiene experiencia migratoria, y que tipo de migración familiar tiene, lo que permite contextualizar a las participantes, sin embargo no permite inferir si la migración es

el factor de riesgo, para eso se requiere una muestra más grande para poder hacer análisis de correlación que permita comparar a las participantes por tipo de migración familiar, con experiencia de migración o sin migración familiar y así conocer el grado de riesgo de conductas sexuales de riesgo de acuerdo a esta tipología.

Se propone para futuras investigaciones la realización de instrumentos que midan las características de la migración que representan factores de riesgo que propician conductas sexuales de riesgo, como los cambios en las actitudes y pensamientos en la sexualidad a partir de que ingresan a Estados Unidos.

También se propone que se realicen instrumentos sobre conductas sexuales de riesgo en mujeres adultas, y hombres adultos, ya que se observa que la mayoría de los instrumentos están enfocados a la población adolescente, así mismo que abarquen diversos temas como las relaciones sexuales riesgosas con consumo de drogas ilegales, no solo con consumo de alcohol.

Se concluye que el Inventario de Salud Sexual (ISAS) es fácil de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar el grado de riesgo de las conductas sexuales de riesgo en mujeres migrantes, que puede ser utilizado para futuros estudios e intervenciones, así como para el desarrollo de programas preventivos y de educación sexual.

5.3. FASE II:

Validación de las historias “*Historia de una noche en el baile*” y “*Encuentro con una ex pareja*” de la Intervención “*Mujer Migrante, Enfrentando los desafíos*” mediante grupo focal.

5.3.1. Introducción

El grupo focal se realizó con la intención de validar dos historias incluidas en la intervención “Mujer Migrante...Enfrentado los desafíos”, las cuales muestran situaciones de riesgo acerca del abuso de alcohol y conductas sexuales de riesgo, que sirven para realizar uno de los ejercicios de la intervención, en donde la usuaria tiene que identificar en estas historias las situaciones que precipitan las conductas de riesgo, así mismo que también pueda dar opciones para evitarlas, la intención de realizar estas historias es que estén contextualizadas en escenarios migratorios y así exista una mayor comprensión e identificación con la vida de la usuaria, ya que la migración designa características particulares en el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en las personas que participan dentro de él.

Otro de los objetivos fue validarlas puesto que las intervenciones cognitivo-conductuales con base a la evidencia científica son efectivas por su carácter experimental, lo que significa que su diseño está sustentado en el método científico, por lo que para poder incluirlas se necesitó la retroalimentación de las mujeres bajo fenómeno de migración para que tuvieran una mayor validez (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998).

Por lo anterior es que se llevó a cabo el grupo focal, el cuál es una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, que está orientada hacia una temática propuesta por el investigador, se lleva a cabo

mediante la discusión de los integrantes guiado por una serie de preguntas, diseñadas cuidadosamente con un objetivo (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009).

5.3.2. Método

Objetivo: validar dos historias en donde se presentan situaciones de riesgo para mujeres migrantes acerca del abuso de consumo del alcohol y las conductas sexuales de riesgo.

Participantes: tres mujeres con experiencia en migración de retorno (Ver la tabla 7).

Tabla 7. Características Sociodemográficas de las Participantes del Grupo Focal

<i>Participante</i>	<i>Edad</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Número de hijos</i>	<i>Nivel de escolaridad</i>	<i>Tiempo de estancia migratoria</i>	<i>Residencia actual</i>	<i>Ocupación</i>
D	43	Casada	3	Licenciatura	3 años	Morelia	Maestra
L	19	Soltera	0	Licenciatura	9 años	Morelia	Estudiante
E	29	Casada	1	Licenciatura	8 años	Morelia	Estudiante

Técnica de recolección de datos: Grupo focal con guía semiestructurada (ver Anexo 5) con temas de migración, consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en donde se hizo la lectura de dos historias (ver Anexo 6 y 7). La sesión realizada se videograbó con el consentimiento informado de las participantes, posteriormente se transcribió para recuperar los discursos más representativos que las mujeres proporcionaron sobre la forma en la que se consume alcohol y se tienen conductas sexuales de riesgo en Estados Unidos.

Procedimiento: las participantes del grupo focal fueron contactadas directamente, se les explicó el objetivo del grupo focal y una vez que accedieron a

participar se fijó la hora y el lugar en donde se llevaría a cabo. La sesión tuvo una duración de 50 minutos, la cual se realizó en la cámara de Gesell de la Facultad de Psicología de la UMSNH. Se les leyó dos historias con situaciones de riesgo, posterior a esto se les pidió que comentaran si las historias les parecían adecuadas o que les modificarían, y con ayuda de la guía semiestructurada se fueron formulando preguntas que permitieron la exploración de los temas de migración, consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo. Para finalizar se hicieron las modificaciones pertinentes para la conformación de las historias.

Análisis de los datos: Antes del grupo focal las historias fueron revisadas por dos expertos para que brindaran retroalimentación. Posterior al grupo focal, se transcribió la sesión que fue videograbada, y se retomaron los discursos que resultaron representativos y en lo que las participantes coincidían acerca de los temas de consumo de alcohol, conductas sexuales de riesgo y contexto migratorio, y no se tomaron en cuenta las partes de los discursos en los que no coincidían las participantes, y con esto se realizaron las modificaciones de las historias.

5.3.3. Resultados

Los discursos que sirvieron de retroalimentación para la adecuación de las historias fueron los siguientes:

Las participantes mencionan que la forma en la que se consume y/o abusa del alcohol en Estados Unidos es principalmente en las fiestas familiares, como los cumpleaños, o en las celebraciones como fiestas patrias o días festivos, estas fiestas se realizan principalmente en las yardas de las casas, que son los patios o jardines, esto por el miedo de salir y correr el riesgo de que los detengan las

autoridades y los deporten, desde luego que esto representa más riesgo para las personas que no cuentan con la documentación para estar en ese país.

“Bueno yo en mi caso cuando consumía alcohol era en las reuniones familiares, ósea hacíamos que la reunión y ahí era donde consumía alcohol y cuando salía con mis amigos que a veces yo salía de trabajar creo como a las 8, entonces pasaban por mí y en el carro o sea dando vueltas por la ciudad y el que iba manejando no tomaba, pero los demás sí, los que íbamos acompañándolo y ya por ejemplo de 8 a 10 a 11 de la noche ya era cuando tomábamos alcohol” (E).

“Si soy casada, si me fui soltera, a mi si se me abrieron más posibilidades, porque yo si vengo de un pueblito así bien chiquito y bien cuidada cuidada cuidada y por ejemplo acá por ejemplo que aunque vivía con mis hermanos, con mis tíos tenía un poquito más de libertad para salir con mis amigas, fue cuando yo empecé a beber, la primera vez que yo bebí y que tenía novio, entonces a mi si como que fue un poquito de liberarme” (E).

También comentaron que las leyes de Estados Unidos en cuanto al consumo del alcohol son muy diferentes a las de México, o al menos allá si las hacen cumplir, puesto que en Estados Unidos se penaliza fuertemente los delitos con relación al consumo del alcohol como, por ejemplo, manejar en estado de ebriedad o consumir alcohol antes de los 21 años. Por lo que es común que se designen conductores para que manejen y no consuman alcohol.

“Bueno yo en mi caso cuando consumía alcohol era en las reuniones familiares, osea, hacíamos que la reunión, y ahí era donde consumía alcohol y cuando salía con mis amigos que a veces yo salía de trabajar creo como a las 8, entonces pasaban por mí y en el carro, osea, dando vueltas por la ciudad y el que iba manejando no tomaba, pero los demás sí, los que íbamos acompañándolo y ya por ejemplo de 8 a 10 a 11 de la noche ya era cuando tomábamos alcohol” (E).

“No allá es muy estricto, si igual las rompen no, pero si te agarran ahí si es más complicado, es a la escuela de tráfico, es multas, es trabajo en la ciudad, es cárcel es muchas cosas, igual toman, pero se da mucho que tienden q hacer que las carnes asadas y que consumen muchas cervezas, o sea en las casas, e ir a las licorería a comprar, mucha licorería, lo que aquí es donde venden vinos o depósitos de cervezas, allá es como un Oxxo, van a la licorería y compran muchos seis y seis y demás es lo que consumen mucho” (D).

Mencionan que los lugares a los que les gusta ir a los migrantes mexicanos es a los bailes de música grupera que es la música que más escuchan, ellas explican que en Estados Unidos es más fácil conseguir el dinero para ir a ver a sus grupos favoritos que verlos en México, y también es un lugar en el que comúnmente se reúnen con otras personas de su comunidad para convivir, lo común es que tomen whisky o cerveza. Mencionan que no es tan común que vayan al club o disco a bailar ya que es caro, y es un lugar considerado más para los gringos. A continuación se muestran partes de las narraciones de las participantes.

“Siento que esto que se da, es más ya en hijas de padres mexicanos, que ya tienen más tiempo allá viviendo, las que se van de aquí o ahorita en estos tiempos... bailes, porque antros no tanto, sino más bien bailes gruperos, y cosas así” (D).

“Si se llamaba el nombre del antro el Croch, algo así, pero si ellas si consumían, bueno antes de que mi hermana estuviera casada si se iban ellas al antro al Croch, pero yo así no nunca fui a un antro solo a bailes gruperos, banda, que era más fácil de ir” (L).

“Se me hace más común eso de que las chicas se pongan de acuerdo y se vayan a un antro aquí que allá, porque allá la gente vive más para trabajar, trabajan todo el día, entonces se van a su casa, es como, o al menos lo que yo viví con mi hermana y eso, era muy poco que se fueran a un antro y se van más como a los bailes cuando están los bailes, es a donde van” (E).

Los discursos encontrados en torno a las conductas sexuales de riesgo son los siguientes:

Las participantes mencionaron que la mayoría de los hombres migrantes tienen mujer en México y la mayoría de las veces están casados con ellas, por lo que tienen cuidado para relacionarse con ellos si no los conocen.

“Es que no pasa mucho de que anden con casados allá, más bien si están casados pero su pareja está aquí en México, al menos lo que yo recuerdo, o sea que más bien ellas están acá en México... y ya después de tiempo descubres que estas casado y que su esposa está acá y que tiene 20 hijos (E).

“Si hay hombres que tienen acá a la esposa y al fin de cuentas la dejan y sí juntan allá con otra persona, pero normalmente si tienen allá parejas y no una nada más... Y que ya se andan queriendo casar otra vez” (D).

“Yo me refiero es que aquí menciona como que Ernesto tenía su pareja allá, o sea él era un hombre casado con su esposa allá, entonces como que eso no me concuerda mucho” (E).

“Yo digo que sí, más que nada cuando el esposo cae en la cárcel o así y ya se dejan o así tiene de amante a otra persona y ya no lo va a ver y es como él se da cuenta” (L).

Las mujeres del grupo expresaron sentir una mayor libertad para relacionarse con los hombres en Estados Unidos que en México, esto porque aquí todo mundo las conoce y allá es más difícil que alguien las conozca, esto les permite salir más a conocer personas sin la preocupación de que se generen rumores alrededor de su conducta, también porque allá experimentan una sensación de menos prejuicios por parte de la gente. El lugar para tener relaciones sexuales es más en los moteles que en la casa propia, puesto que los migrantes viven frecuentemente con varios familiares, más si son mujeres. Es raro que una mujer viva sola.

“Pues ya es como que ya se sienten libres porque ya no están por ejemplo con los papas o así” (L).

“Hasta cierta manera no te van a criticar como lo harían aquí” (E).

“Es que allá la mujer se desinhibe mucho, allá la mujer como que se da valor... y luego a veces solas, solas sin parientes cercas o igual pero no es lo mismo que estar con los papas, igual que aunque estén allá como que dicen que aquí es la tierra de las oportunidades y la libertad y sienten que allá no les pasa nada (D).”

Mencionaron no tener preferencia por alguna nacionalidad, pero si es más fácil tener pretendientes o pareja allá que aquí en México, esto porque los hombres no son exigentes y no buscan relaciones con compromisos, para ellos es más fácil tener una relación en unión libre que casarse, aparte que pueden tener amoríos estando casados o con mujeres casadas, piensan que la infidelidad se da más abierta en Estados Unidos, aquí las personas se esconden más por los

prejuicios. Los lugares donde conocían a la gente es en el trabajo o en la escuela, ya que comentaron que la vida en Estados Unidos es puro trabajo y es donde pasan más tiempo y donde se dan las relaciones sentimentales o las aventuras.

“Aunque ya es bien común que tengan sus amantes igual allá las mujeres y los hombres... Es que allá la mujer se desinhibe mucho, allá la mujer como que se da valor” (D).

“A claro es más permisivo allá, y no sé qué es lo que pasa, pero allá sí, como que son más abiertas, por ejemplo yo me fui soltera y me fui con novio, pero yo en la escuela tenía mis pretendientes y yo me sentía muy bien muy agusto porque estaban guapos, y yo decía hay yo tengo un pretendiente de Guatemala y del Salvador y de todo eso, y en seguida llegaba ps mi novio por mí, entonces, sí, yo no me di pero lo que sí escuchaba de todas esas libertades de estar sola y nos vamos para acá y me invitan acá y etcétera” (D).

“Yo cuando iba a la escuela, escuchaba comentarios de que sí, si no muchas, pero sí, si andaban con algún casado, y de hecho decían que el amante no tenía a la pareja ahí, o igual también porque de hecho había mujeres que tenían esposos que no estaban ahí estaban en su pueblo, de donde ellas eran, pero es más común que estén los hombres que las mujeres allá cuando tienen esposo” (D).

“Y ellas como que se dan la posibilidad de que empiezan la relación con uno y sabes que no funciona y ya al rato ya está viviendo con otro, y así no pasa nada, o sea están en prueba no, no es de que vayan con la mentalidad de quiero buscar una pareja para estabilizarme y para durar” (D).

En cuanto a la información que se les brinda acerca de la educación sexual en Estados Unidos, las participantes mencionan que es en las escuelas donde se proporciona, y esta abarca temas de métodos anticonceptivos y embarazos, las participantes comentaron que la sexualidad es un tema que no se comentaba con las amigas, que es algo más íntimo para ellas. Los papas de las tres participantes se quedaron en México, por lo que ellos no las prevenían de información alguna, no tocaban el tema. Sin embargo sí reconocer que el tema de Infecciones de transmisión sexual es algo que pasa en la población migrante.

“En la escuela si nos dieron fue una o dos veces fue una plática si nos pasaron videos y todo” (E).

“Porque una de las cosas por las que se da las enfermedades es precisamente por el machismo que tiene sobre todo el mexicano para usar condón, siento que es un

tanto frecuente, aunque ha disminuido por la información pero de todas maneras, y normalmente, no por demeritar a ninguna persona, pero siempre las personas que han estudiado un poquito más hay un poquito más de cuidado, no te lo digo en el sentido de que una que estudio y una que no estudio no siente soledad no siente depresión no siente angustia no siente necesidad no siente nada, no.” (D).

“Si yo creo también por la misma libertad que tienen, pues hay más enfermedades” (E).

“Yo creo que de ahí es decisión del hombre... es lo más común, si por que la mujer, como que no exige, casi como lo que tú quieras, como tú quieras” (D).

Una vez que se realizó el grupo focal se realizaron las modificaciones a las historias (Ver la tabla 8 y 9) (Ver Anexo 14 y 15 del Manual).

Tabla 8. Descripción de las modificaciones realizadas a la Historia de una noche en el baile

<i>Versión Anterior</i> <i>“Historia de una Noche de Antro”</i>	<i>Versión Modificada</i> <i>“Historia de una noche en el Baile”</i>
En esta ocasión Mónica junto un grupo de cuatro amigas que conocía en la empresa dedicada a la pisca de la fresa en Stockton, California, planearon reunirse en el antro de moda de la localidad para pasar el rato, platicar y beber una copa.	En esta ocasión, Mónica junto con su hermana Lupita y cuatro amigas que conocía de la empresa en donde trabajaba, dedicada a la pisca de la fresa en Stockton California, planearon juntarse para ir a un baile que habría de la banda muy famosa llamada “la MS”,
Al salir del antro Mónica manejo a su casa	Cuando llegó a casa de la amiga, decidieron que mejor se iban con unos amigos de Lupita, porque el riesgo de manejar después de haber bebido unas cervezas y que te detenga la policía es alto y el castigo es una cuota muy elevada. Le comentó a su hermana que se iba a ir y que ella le avisaba cuando fuera a recoger su coche a la casa de su amiga, y ver si pasaba por ella o se veían en su casa.
Al llegar a su casa y seguir bebiendo Mónica terminó teniendo relaciones sexuales con el chavo sin usar condón, ahí pasaron la noche y al día siguiente el chavo se fue del departamento de Mónica, ella le marcó a una amiga para contarle lo sucedido y comentarle que no sabía qué hacer porque no sabía si podía quedar embarazada.	Se fueron al departamento de él. Después de haber tenido relaciones sexuales con el chavo y haberse quedado platicando un rato, Mónica cuando se percató de la hora, decidió que era tiempo de irse, el chavo la llevó a la casa de la amiga, donde Mónica pasó la noche, al día siguiente le platicó a su amiga lo sucedido y como se sentía, moralmente mal porque apenas conocía al chavo, aparte del malestar físico ocasionado por el abuso del alcohol y comentarle que no sabía qué hacer porque no sabía si podía quedar embarazada o contagiarse de alguna infección de transmisión sexual.

Tabla 9. Descripción de las modificaciones realizadas a la historia Encuentro con una Expareja

<i>Versión Anterior</i>	<i>Versión Modificada</i>
<i>“Historia Encuentro de una Expareja”</i>	<i>“Historia Encuentro de una Expareja”</i>
Cierto día Amanda se encontraba haciendo las compras en un supermercado de los Chicago Illinois, mientras pasaba por la zona de las frutas se topó con Ernesto, un ex amante, así le llamaba ella ya que anteriormente había vivido un romance con él que había durado aproximadamente dos años por que él era un hombre casado y al ver que no dejaba a su esposa y que empezaba a salir con una compañera de trabajo.	Cierto día Amanda se encontraba haciendo las compras de la semana en un supermercado de Chicago Illinois, mientras pasaba por la zona de las frutas se topó con Ernesto, un ex amante que había tenido unos meses atrás, ella le llamaba así porque había vivido una relación sin compromisos con él que duró aproximadamente dos años, Ernesto era un hombre casado y con hijos en México.
Le comentó que ya no dormía en la misma habitación que su esposa porque ella se enteró del romance con la secretaria y la invitó a un café para seguir conversando,	Le comentó que hacía mucho que no hablaba con su esposa, que solo le mandaba dinero y platicaba con sus hijos, ya que ella se enteró del romance con su compañera de trabajo y terminó con la relación, Amanda lo escuchó con atención mientras platicaban y se ponían al tanto de sus vidas, Ernesto era una persona en la que ella confiaba y de la cual no pensaba que él pudiera hacerle ningún daño, por lo que cuando él la invitó a tomar un café para seguir conversando no se negó
Meses después asistió a una fundación que apoya a las mujeres migrantes medicamente, en donde le practicaron un examen para detectar virus de papiloma humano, después de una semana la citaron para darle los resultado y comentarle que habían dado positivo y ahora tenía que someterse a un tratamiento para curarse.	Amanda sintió mucho coraje pues ella sabía que no había usado condón con Ernesto y ahora estaba pagando las consecuencias, sin embargo decidió por orgullo comunicarle a Ernesto sobre su padecimiento, y ahora que ella estaba con su actual pareja no sabía si comentarle su estado de salud o no decirle, pues le daba mucha pena, aunque estaba consciente de los riesgos de no decir nada.

5.3.4. Discusión

El objetivo de la presente fase fue validar dos las historias para que pudieran contextualizarse a la experiencia de las mujeres migrantes que han migrado a Estados Unidos, las historias muestran situaciones de riesgo para el abuso de alcohol y conductas sexuales de riesgo y son parte de la Intervención “Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos”. Con base a los discursos recuperados de las participantes, se logró identificar que las conductas sexuales de riesgo se ven favorecidas a causa de la migración, ellas mencionan la sensación de libertad para expresar su sexualidad que les proporciona el país de

destino, puesto que en México existen más prejuicios que no las dejan expresar o vivir libremente su sexualidad.

También mencionan que las opciones para tener parejas sexuales son más amplias en Estados Unidos que en México y una infidelidad es vivida como algo más común. Hidalgo, et al. (2008) mencionan que las conductas sexuales de riesgo afectan a varones principalmente y a mujeres de reciente ingreso a Estados Unidos, esto se debe a la poca información que tiene respecto a la sexualidad, y al vivirse en escenarios que permiten mayor libertad sexualidad y con menor prejuicio de ser juzgadas, esto les permite mayor posibilidad de tener experiencias sexuales que en su comunidad de origen, y muchas de las ocasiones estas relaciones sexuales las realizan sin las medidas preventivas necesarias, como el no uso del condón, las parejas ocasionales, el sexo pagado y las relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y las drogas.

Diversos autores marcan la percepción de la sexualidad, las conductas sexuales de riesgo en el migrante y su relación con la educación sexual, donde a menor educación, mayor el riesgo de las conductas riesgosas, hacen un análisis sobre las características con los que parten los migrantes de su comunidad de origen, la información que tiene sobre la prevención de la salud y con las enfermedades que no son atendidas por el descuido y la forma en la que ingresan al país de destino, con estas deficiencias en la salud y en la prevención, lo que genera escenarios ideales para las prácticas riesgosas y la propagación de enfermedades (Gaspar de Matos, et al. 2008; Harris, et al. 2005; He, et al. 2009; Painter, 2008; Wang, et al. 2010; Yang, et al., 2007).

La Organización de las Naciones Unidas (2008) menciona que los aspectos como la construcción social de los significados sobre la sexualidad en las

comunidades de origen y las condiciones sociales subyacentes al movimiento migratorio, incluyendo los procesos de hibridación cultural, son los que favorecen el ejercicio de prácticas riesgosas, esto a causa de los nuevos pensamientos que se generan sobre la sexualidad a partir de la forma en la que se practica la sexualidad en la comunidad de destino.

Por otro lado, otro de los temas que se abordaron en el grupo focal, fue el consumo de alcohol en la población migrante, las participantes indican que es una práctica común entre los mexicanos que viven en Estados Unidos, en fiestas patrias, celebraciones o convivencias con los amigos. Mencionan también que los migrantes tienen una dinámica de siempre estar comprando y gastando, y no les pesa gastar el dinero como en México, cuestión que también favorece el consumo de alcohol, ya que la posibilidad económica permite un acceso más fácil a las bebidas alcohólicas. Esto también se observa en los migrantes cuando regresan a su comunidad de origen, lo común es que gasten mucho dinero en alcohol, como ejemplo están las fiestas patronales de los pueblos, en donde la costumbre es que los migrantes presuman de su posibilidad económica comprando mucho alcohol y gastando el dinero (Arias, 2011).

Otro factor importante dentro de la migración y el consumo de alcohol es el retorno, recientemente se observa la relación que tiene la migración con la deportación de personas con problemas importantes de adicciones o de salud mental, que por economía de salud pública los regresan a sus países de origen, lo que provoca un problema difícil de resolver en México y aumenta las estadísticas de consumo de sustancias y actos delictivos (Fernández, 2009).

Sin embargo, para la realización del grupo focal, se encontraron una serie de complicaciones que no permitieron cumplir con los requerimientos

metodológicos necesarios para que esta técnica se considere representativa. La primera es que el número de participantes no son suficientes para que la técnica sea válida, por lo que se recomienda que exista una segunda aplicación del grupo focal en donde se aumente el número de participantes para una mayor representatividad. La segunda es la dificultad que se tuvo para la captura de las participantes, por lo que se recomienda que exista una mayor difusión utilizando recursos tecnológicos y de comunicación, y si es necesario se dé una remuneración económica para que las mujeres se motiven a participar. La decisión de realizar el grupo focal con ese número de participantes se tomó puesto que existieron dos intentos previos por realizarlo, pero se cancelaron ya que no llegaron las participantes, fue hasta la tercera cita que se realizó el grupo focal. Ese día se contaba con la confirmación de varias participantes, sin embargo a la hora acordada solo llegaron tres de ellas, se esperó media hora más para ver si llegaba alguna otra, y por respeto a las que asistieron y que ya habían acudido las dos veces anteriores, se decidió realizarlo. Cabe resaltar que el tiempo para la realización de la investigación no permitió realizar una segunda aplicación del grupo focal.

Lo anterior nos lleva a mencionar, las dificultades que se encuentran para acceder a la población migrante, por lo que se propone que en las instituciones del sector salud, se incluyan datos sociodemográficos en la ficha de admisión o en la historia clínica sobre migración, que permitan identificar a los pacientes que han migrado o tienen familiares migrantes, si son esposas o hijos de migrantes y cuáles son sus padecimientos, esto serviría considerablemente a las futuras investigaciones sobre este fenómeno.

Con base a lo anterior se concluye que es importante que las técnicas que se emplean en las intervenciones basadas en la evidencia científica se validen, y se contextualicen para que se verifique su efectividad, como en el caso de las

historias empleadas para la población migrante, las cuales son un recurso útil que permiten el conocimiento de las personas en torno a un tema en específico y generan un cambio de comportamiento, por lo que se recomienda que se utilicen en escenarios migratorios.

Así mismo se resalta la importancia de realizar más grupos focales para todos los materiales que se emplearon en la Intervención realizada para esta investigación, con la intención de que se contextualicen al fenómeno de la migración, y la intervención tenga un mayor impacto.

5.4. FASE III

Presentación de caso: Intervención “Mujer Migrante, Enfrentando los desafíos”

5.4.1. Introducción

La Intervención Mujer Migrante...Enfrentando los desafíos, se realizó con la intención de atender algunas de las problemáticas que enfrentan las mujeres migrantes en su salud, específicamente para el problema de abuso de alcohol y las conductas sexuales de riesgo, ésta se conformó con los postulados teóricos cognitivo-conductuales, puesto que este tipo de intervenciones tienen como objetivo reducir el daño o el malestar de las personas de forma paulatina, éstas son efectivas por su carácter experimental, lo que significa que su diseño está sustentado en el método científico (Ayala, et al., 1998; Secades y Fernández, 2001).

En el caso de las intervenciones cognitivo-conductuales que están dirigidas al consumo del alcohol, generalmente están diseñadas para detener el incremento, por lo que sus estrategias están dirigidas a atender el consumo de alcohol, ya sea de abstinencia o de moderación. La meta del tratamiento es específico para cada usuario, el cual se determina a partir de su patrón de consumo, las consecuencias de su uso y el entorno del usuario (Ganvita, et al., 2003; Rojas, et al., 2011; OPS, 2008).

En el caso de las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a las conductas sexuales de riesgo, su objetivo primordial es el de promover el sexo

seguro y se centran principalmente en el desarrollo de habilidades sociales, de comunicación y entrenamiento en el uso correcto del condón, así como la reestructuración cognitiva acerca de la percepción que no se tiene sobre el peligro que se corre de no usar el condón (Montijo, et al. 2006; Pulido, et al. 2013).

La intervención “Mujer Migrante... Enfrentando los Desafíos”, tiene como base teórica explicativa la teoría cognitivo social de Bandura (1986) la cual explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue ciertas leyes, de manera que el aprendizaje tiene como base una relación triádica por factores cognitivos, ambientales y la conducta que interactúan constantemente y se determinan unos a otros. Dentro de este modelo, se retoma la autoeficacia como elemento cognitivo central para explicar la conducta y las respuestas que tiene el individuo ante los estímulos ambientales, que surgen de las experiencias negativas o positivas con las que se retroalimentó el individuo en el pasado y que determinan la forma en la que desarrollará determinadas actividades.

Se utiliza como estrategia eje la entrevista motivacional el cual es un método psicosocial de la relación entre el terapeuta y el usuario, centrado en el cliente y directivo, en el que se busca que el terapeuta incremente la motivación en el usuario para que se logre el cambio en su conducta, a través de explorar y resolver la ambivalencia que le genera el participar en el tratamiento, utilizando técnicas para crear confianza y reducir resistencias como herramientas para trabajar con la decisión del cambio en el comportamiento (Miller & Rollnick, 1991). Se utilizan técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de autocontrol, habilidades de comunicación asertiva y prevención de recaídas (Caballo, 1995; Sánchez, Rosa y Olivares, 1999).

Algo importante a señalar de la intervención desarrollada es que se adecua a las características de la población migrante, mediante estrategias y técnicas

desarrolladas para su mejor comprensión, y con esto tengan más posibilidades de que el tratamiento sea más efectivo.

Por lo anterior y ante la necesidad de atender unas de las problemáticas que padecen las mujeres inmersas en la migración es que se desarrolló la intervención “Mujer Migrante...Enfrentando los Desafíos”

5.4.2. Método

Objetivo: disminuir y prevenir las conductas sexuales de riesgo y el abuso de alcohol en mujeres migrantes.

Participante: la participante de la Intervención “Mujer Migrante...Enfrentando los Desafíos”, es una mujer de 27 años, estudió la licenciatura y actualmente se dedica de trabajar a tiempo completo como administrativa en el gobierno de Michoacán, es soltera y no tiene hijos, estuvo viviendo en Rino, Nevada, E. U. su última migración fue en el 2012 un periodo de 6 meses. La selección de la participante fue gracias a la aplicación del Inventario de “Salud Sexual” que está diseñado para mujeres impactadas por el fenómeno migratorio, el cual permitió identificarla y posteriormente se le invitó a participar en la Intervención. Se les realizó una entrevista de admisión para identificar si cumplían o no los criterios de inclusión para ingresar a la Intervención y se le pidió firmar su consentimiento informado.

Criterios de inclusión: que haya vivido en Estados Unidos por lo menos 6 meses en los últimos 2 años, que haya iniciado su vida sexual, con conductas

sexuales de riesgo y que muestre dependencia bajo o media de consumo de alcohol, sin indicadores de dependencia severa.

Criterios de exclusión: que tenga el diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico y que estén embarazadas.

Instrumentos:

- **Línea base retrospectiva (LIBARE)**, es un instrumento que sirve para conocer el patrón de consumo de manera retrospectiva de bebidas alcohólicas, requiere que las personas estimen el consumo diario de alcohol retrospectivamente durante un periodo específico. Se les proporciona un calendario que abarca el periodo que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día y se obtiene el consumo total de los días de uso, número de copas consumidas, promedio de consumo por días, días de bajo, excesivo y muy excesivo consumo y los días de abstinencia. Este método ha sido probado hasta por 12 meses. La confiabilidad y validez de este instrumento se estableció en adultos usuarios de alcohol, actualmente se ha demostrado su confiabilidad con poblaciones que no abusan del alcohol y en poblaciones de estudiantes entre los 20 y 28 años de edad. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una severa dependencia (Sobell & Sobell, 1992). La validez del instrumento se obtiene de su aplicación clínica, observándose que puntajes altos de la escala de dependencia al alcohol correlacionan positivamente con un consumo fuerte, mayor número de días de consumo y un promedio mayor de consumo por día (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998) (Ver Anexo 3 del Manual).

- **Breve Escala de dependencia al Alcohol (BEDA)**, la cual es una escala de dependencia al alcohol, la cual está diseñada para medir el grado de dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Dicha escala tiene estabilidad y validez como medida de dependencia, tiene confiabilidad test-retest. Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del síndrome de dependencia al alcohol. Está compuesto por 15 reactivos y se contestan en una escala de cuatro puntos (Nunca, Algunas Veces, Frecuentemente y Casi Siempre), de acuerdo a las veces que ha estado en la situación indicada (Skinner & Horn, 1984) (Ver Anexo 4 del Manual).
- **Inventario Situacional de consumo de alcohol (ISCA)**, es un inventario de compuesto de 100 reactivos, diseñado para medir situaciones en la que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir 8 categorías, las cuales son situaciones de consumo de alcohol, divididos en dos grandes grupos, situaciones personales y situaciones que involucran a terceras personas (Annis, Herie y Watkin-Merek, 1996) (Ver Anexo 5 del Manual).
- **Inventario de Salud Sexual (ISAS)**. El cual indica el grado de riesgo de las conductas sexuales de riesgo como, relaciones sexuales sin uso de condón, múltiples parejas sexuales, antecedentes de infecciones o enfermedades de transmisión sexual, conformado por un apartado que brindan las características sociodemográficas, datos de migración familiar e indicadores de salud sexual. Y dos escalas, la primera denominada Prácticas Sexuales de Riesgo, con 13 ítems tipo likert que van de siempre a nunca con una confiabilidad de .744. La segunda llamada Antecedentes Informativos sobre la Sexualidad, con 7 ítems tipo likert que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo con una confiabilidad de

.842 (Elaborada exprofeso para la presente tesis) (Ver Anexo 6 del Manual).

- **Escala de estados de disposición del cambio y anhelo de tratamientos (SOCRATES):** tiene como objetivo evaluar la disposición al cambio de acuerdo a los indicadores de reconocimiento, ambivalencia y acción, mide la preparación para el cambio, con 19 reactivos que se contestan en una escala de cinco puntos (No frecuentemente en desacuerdo, No en desacuerdo, Indeciso o Inseguro, Sí de acuerdo y Sí fuertemente de acuerdo), cuando está de acuerdo o en desacuerdo con el mismo en este momento (Miller & Rollnick, 1991) (Ver Anexo 7 del Manual).

Escenario: la intervención “Mujer migrante, enfrentando los desafíos” se aplicó en un consultorio particular en la ciudad de Morelia, el cual tiene las características adecuadas para que la usuaria entrevistada se sintiera cómoda y tranquila, en un ambiente formal y agradable, cuenta con una sala y un escritorio con silla.

Procedimiento: se inició el estudio con la aplicación de la entrevista de admisión a mujeres que se identificaron bajo fenómeno de retorno, la manera en la que se localizaron fue cuando se aplicó la fase piloto del “Inventario de Salud Sexual” (Elaborado exprofeso para la presente tesis) que se llevó a cabo en el Hospital de la mujer de Morelia Michoacán y la Facultad de Psicología de la UMSNH, esto permitió identificar a la participante de la intervención.

Posterior a la entrevista de admisión, a la participante se le aplicaron los siguientes instrumentos: BEDA, LIBARE, ISCA, ISAS Y SOCRATES, después de

la sesión de evaluación se inició la intervención, la cual está constituida por 5 sesiones de tratamiento una vez por semana, posterior a esto se le aplicó la sesión de evaluación postratamiento y finalmente una sesión de seguimiento un mes después. A la participante se pidió que firmaran su consentimiento informado, donde permite el uso de su información para fines de investigación.

5.4.3. Resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos de la Intervención “Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos”, sesión por sesión (para conocer la intervención completa ver Anexo 8).

Sesión de admisión

En esta sesión se realizó la entrevista de admisión a participante (ver Anexo 1 en del manual). A partir de esto se recuperaron los datos sociodemográficos de la participante y su historial de relaciones sexuales y consumo de alcohol.

Con esto se identificó que la usuaria consume alcohol de manera abusiva, su inicio de consumo empieza a los 15 años de manera esporádica y moderada, conforme fue pasando el tiempo su consumo de alcohol aumenta. Las ocasiones en las que más consume alcohol es en las fiestas familiares y eventos sociales como, cumpleaños, graduaciones, bodas y comidas, sus bebidas preferidas es el whisky y la cerveza, también comenta tener muchos amigos y eso la ha llevado a consumir en exceso, por lo regular consume los fines de semana y aumenta cuando están de visita sus hermanos, sin embargo no menciona haber tenido consecuencias por su consumo de alcohol, aunque reconoce que cuando

consume alcohol es más fácil que tenga relaciones sexuales sin uso de condón, la usuaria no mencionó intentos previos de dejar el consumo de alcohol.

En su historial de relaciones sexuales, menciona que su inició fue a los 17 años, en México, con su novio estable, con el que duró 5 años, utilizó condón en su primera relación sexual y posteriormente los utilizaba de manera frecuente, pero inconsistentemente. A partir de que termina esta relación es que migra la primera vez, un periodo de seis meses, durante su estancia migratoria es que su consumo de alcohol aumenta considerablemente, contrario a sus relaciones sexuales las cuales disminuyen, a pasar de esto menciona que en sus salidas era común que se besara con algunas personas.

A su regreso a México, mantiene una relación con su ex pareja y con un amigo de la escuela, con los cuales llegó a tener relaciones sexuales ocasionalmente con uso inconsistente de condón. Posteriormente al dejar estas relaciones, llega a tener relaciones de noviazgo poco estables con los que tiene relaciones pero con uso de condón; menciona que cuando no conoce bien a la persona exige el uso de condón.

Cuando migra la segunda ocasión, es por un periodo de seis meses, comenta que en esta estancia tiene un novio americano, con el que tiene relaciones sexuales con uso de condón. Hace 8 meses terminó una relación con una pareja estable de noviazgo, con la que tenía relaciones sexuales con uso inconsistente de condón, y comenta que cuando termina esta relación es que comienza de nuevo con su amigo de la universidad. Esta relación duró si acaso el mes, pero la suspende después de un viaje que realizan a la playa, puesto que bajo el consumo excesivo de alcohol tienen relaciones sexuales sin condón. Esta experiencia fue muy impactante para ella, por lo que a partir de ahí decide dejar de

tener relaciones sexuales hasta que no tenga un novio formal con el que se sienta agusto y cómoda. Entre las conductas sexuales de riesgo identificadas fueron, el uso inconsistente del condón, el uso de alcohol en las relaciones sexuales, las parejas ocasionales y el sexo oral sin protección, no ha reportado haberse realizado el Papanicolaou, pero refiere no haber tenido Infecciones de Trasmisión Sexual.

En cuanto a su experiencia migratoria, menciona que ella viaja con visa de turista lo que le permite viajar sin tanto riesgo, y en el caso del consumo de alcohol se incrementa cada vez que migra, puesto que viaja sola y esto le permite mayor libertad y esto se ha visto favorecido por los trabajos que ha tenido en Estados Unidos. Uno de ellos consistía en ir a los Restaurantes a conocer su comida y evaluarlos, gracias a esto es que la comida y las bebidas eran gratuitas y ella aprovechaba para probar todo tipo de bebidas alcohólicas. También menciona que es más fácil conocer personas y experimenta mayor libertad para relacionarse con parejas.

Los principales motivos por los que desea ingresar a la intervención, es porque le interesa cuidarse mejor sexualmente, así como reducir su consumo de alcohol, manifiesta tener la disposición y el compromiso para llevarla a cabo y terminarla. La sesión finaliza explicándole el objetivo de la intervención y la forma en la que se pretende trabajar, una vez por semana una hora aproximadamente, se fija la siguiente cita y se da por concluida la entrevista de admisión.

Sesión de Evaluación

El recibimiento de la usuaria fue importante, se pretendió formar un ambiente de respeto y confianza para que se sintiera cómoda. Se le explicó en qué consistiría la sesión y su objetivo, el cual era aplicar una serie de instrumentos para medir la dependencia del abuso de alcohol, las consecuencias del consumo, las situaciones de riesgo y las conductas sexuales de riesgo, y en la sesión siguiente se le informaría los resultados. Se le preguntó cómo se sentía y si tenía alguna duda. Se le proporcionó una carta de consentimiento informado y posterior a que la leyó la firmara (Ver Anexo 2 del Manual).

Esta sesión estuvo dirigida a la aplicación de los instrumentos correspondientes (BEDA, ISCA, ISAS, LIBARE y SOCRATES) (Ver Anexos 3, 4, 5, 6 y 7 del manual). Durante la sesión se le informó la forma en la que debía contestar las pruebas y la resolución de dudas. La usuaria comentó que los instrumentos no se le hicieron complicados, que fue un poco cansado, sobre todo la línea base, porque le era difícil recordar, pero con la ayuda de su agenda le resultó más fácil.

Al finalizar la aplicación de los instrumentos, se le proporcionó el folleto No. 1 “El Consumo de Alcohol y su Relación con la Migración” (Ver Anexo 10 del Manual), se le explicó que era para leer en casa y para que ella conociera más acerca de las consecuencias que generan el abuso de alcohol, y reflexionara acerca de los beneficios que ella obtendría si disminuye o cesa el consumo. También se le entregó sus autorregistros de consumo de copas de alcohol y de prácticas sexuales de riesgo, se le explicó la manera en la que se completaban (Ver Anexo 8 y 9 del Manual).

Para finalizar la sesión se le preguntó si tenía alguna duda, ella preguntó si ella no tenía relaciones sexuales o no consumía alcohol de todas formas tenía que poner algo, explicándole que sí tenía que contestar y poner 0. Se programó la siguiente sesión una semana después.

Sesión 1

“Metas de Cambio”

Al inicio de la sesión se le preguntó a la usuaria cómo se había sentido esa semana y como le fue con los autorregistros. Ella comentó que se había sentido agusto, sin embargo, el sábado fue a un antro con sus amigos y se tomó seis copas, no se sintió borracha, pero sí enfiestada, con ganas de seguir en la fiesta y bailar, pero que ya no se siente en edad de andar tomando hasta bien tarde, por lo que mejor se fue a su casa. Se le informó acerca de consumo moderado, que son tres copas por cada ocasión de consumo en espacio de una hora por copa, y también se le menciona que la sensación de estar “*enfiestada*” es un punto en el que su cuerpo ya está sufriendo los efectos del alcohol, y la recomendación es evitarlo, ya que será difícil que pueda decidir en ese estado sobre su consumo.

Después se le preguntó acerca del folleto No. 1 “El Consumo de Alcohol y su Relación con la Migración” que le había parecido, comentó que el tema del consumo de alcohol y la migración son muy reales, platicó que cuando estuvo viviendo en Estados Unidos se le hacía muy fácil salir de fiesta, le encantaba y hacía lo que quería, se iba a otras comunidades a pasar el fin de semana, a cabañas o lo que fuera y se la pasaba bien padre, y lo mejor de todo es que nadie la regañara ni le decían nada, aparte repitió lo de su trabajo en la radio en donde toda la comida y el alcohol era gratis, ella lo disfrutó mucho y lo vivió como momentos de extrema fiesta y alegría. Le pregunto acerca de consecuencias que

ha tenido por el consumo del alcohol, ella comentó que identifica las relaciones sexuales bajo el consumo de alcohol sin condón.

Se le entregó el formato de resultados de los instrumentos aplicados (Ver Anexo del Manual 11), y con base a los datos arrojados de los instrumentos se platicó acerca de lo que pensaba, para que la usuaria conociera el estado actual de su consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo (ver la tabla 10).

Tabla 10. Resultados de la Línea Base Retrospectiva (6 meses) de la sesión de evaluación

Días registrados de consumo de alcohol	Días de abstinencia	Promedio mensual de tragos	Promedio diario de consumo de copas	Porcentaje de consumo moderado	Porcentaje de consumo excesivo	Porcentaje de consumo excesivo
51 días	137 días	32.6	3.85	19.2%	7.7%	1.1%

En cuanto al nivel de dependencia la usuaria reportó un nivel bajo, el riesgo ante las conductas sexuales de riesgo reportó un nivel bajo, en la disposición al cambio se observa que tiene muy bajo reconocimiento, una ambivalencia media y en acción es muy alta, en la identificación de situaciones de riesgo reportó que principalmente consume cuando experimenta emociones agradables (ver la tabla 11).

Tabla 11. Resultados del Inventario Situacional de Consumo

Situaciones o eventos	%	Nivel de riesgo
Emociones desagradables	20	Riesgo Moderado
Malestar físico	0	Bajo Riesgo
Emociones agradables	63	Alto Riesgo
Presión social	30	Riesgo Moderado
Momentos agradables con otros	24	Riesgo Moderado
Probando autocontrol	3	Bajo Riesgo
Necesidad física	27	Bajo Riesgo
Conflicto con otros	5	Bajo Riesgo

Posterior a esto, se realizó el ejercicio Balance Decisional (Ver Anexo 12 del Manual) respecto a las ventajas y desventajas de su consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo, las ganancias de modificar su comportamiento y las consecuencias de no hacerlo (Ver la tabla 12).

Tabla 12. Resultados del Balance Decisional

	<i>Dejar de consumir</i>	<i>Seguir consumiendo</i>
<i>Ventajas</i>	-Menos conductas de riesgo -Mejor salud -Adelgazar -Evitar las crudas	-Asistir a fiestas
<i>Desventajas</i>	-Me aburro	- Riesgos para mi salud - Conductas sexuales de riesgo
	<i>Sexo seguro</i>	<i>Conductas sexuales de riesgo</i>
<i>Ventajas</i>	- Mejorar mi salud -Planificación familiar -Evitar el riesgo de una enfermedad	-Sensación despreocupante
<i>Desventajas</i>	-Sentir menos rico	-Enfermedades -No ser la persona adecuada para una relación más formal -Embarazo no deseado

El ejercicio sobre el Balance Decisional permitió que la usuaria fijara las metas del tratamiento, las cuales fueron para el consumo de alcohol la moderación y para las conductas sexuales de riesgo el uso consistente de condón, evitar las parejas ocasionales y las relaciones con uso de alcohol.

Una vez fijadas las metas del tratamiento, se finalizó la sesión, y se le proporcionaron las hojas de autorregistro (Ver Anexo 8 y 9 del Manual) y las hojas de Sexualidad Sana... Conductas Sexuales de Riesgo (Ver Anexo 13 del Manual) para que hiciera la lectura en casa y realizara los ejercicios que contienen. Se programó la sesión para la siguiente semana.

Sesión dos

“Las situaciones alrededor de mi consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo”

La sesión se inicia dando la bienvenida, se le preguntó cómo se sintió en la semana y se revisaron sus autorregistros de consumo de alcohol y de conductas sexuales de riesgo, ella comenta acerca del único día que consumió fue porque el sábado vinieron sus hermanos a visitarla y salieron un rato a un bar, ella salió muy contenta ya que le gusta mucho convivir con sus hermanos, bebió una cerveza y tres cubas durante la noche, lo hizo un poco por presión porque sus amigos le decían que consumiera más, pero no le dieron ganas de seguir tomando porque ya no es tanto su ambiente. Se le pregunta en torno a la presión que siente cuando le piden consumir más, como se sintió, que hizo para negarse y porque decide aceptar las bebidas.

Se revisan las hojas de Sexualidad Sana... Conductas Sexuales de Riesgo (Ver Anexo 13 del Manual) sobre lo que entendió y aprendió, la usuaria comenta que muchas de las cosas que leyó ahí no las sabía, que le sirvió para tener claro cuáles son las conductas sexuales que ella tiene, los mitos que tenía sobre el sexo y las consecuencias que ha experimentado son sentimientos de culpa después de haber tenido relaciones con alguien que apenas conocía, y ahora está dispuesta a usar condón en todas sus relaciones, la usuaria relata de nuevo lo que sucedió la última vez que tuvo relaciones sexuales, ella decide ir a la playa con un amigo que la pretendía y con el que ya había tenido una relación informal en la universidad, una de las noches después de estar muy ebria, tiene relaciones sexuales con él sin usar condón, pero para ella esta experiencia es muy negativa ya que no recuerda mucho de esa noche y le da coraje porque el chavo no la cuidó y se aprovechó de que ella estaba muy ebria, a partir de ahí decide no volver hacerlo y

ya no ha tenido relaciones sexuales con nadie, ya que no quiere volver a experimentar algo así, hasta que no tenga un novio formal pensará en tener relaciones sexuales.

Posteriormente se realiza la lectura de dos historias en las cuales se ejemplifican situaciones de riesgo de abuso de alcohol y de conductas sexuales de riesgo en contexto migratorio. Se inició con lectura de la historia “Una noche en el baile” y después se le pidió que identificara las situaciones o eventos y las consecuencias que desencadenan el consumo excesivo de alcohol en la persona de la historia (Ver la tabla 13).

Tabla 13. Identificación de situaciones o eventos de riesgo y consecuencias de la historia Una Noche en el Baile

<i>Situaciones o eventos</i>	<i>Consecuencias</i>
Tomar cuatro cervezas antes de ir al baile	Tener conductas sexuales de riesgo
Aceptar las bebidas de personas	No usar condón
Mezclar cerveza y vino	Un embarazo no planeado si no se cuidó
Subirse al carro con él muchacho y él había tomado	La cruda moral
Meterse al departamento del chavo	
No conocer al chavo, no sabes cómo es	

Una vez completado el ejercicio se revisó junto con la usuaria las respuestas para conocer lo que identificó y se le preguntó sobre las consecuencias psicológicas y emocionales que la persona puede experimentar después de su abuso de alcohol y de los riesgos de ir en un coche con alguien que ha ingerido bebidas alcohólicas.

Después se realizó la lectura de la segunda historia “Encuentro con una Expareja”, y nuevamente se le pidió que identificara las situaciones o eventos y las consecuencias que desencadenan las conductas sexuales de riesgo en la persona de la historia (Ver la tabla 14), se revisaron sus respuestas y se le explicó la forma en que se detectan las Infecciones de transmisión sexual que es mediante el Papanicolaou y se recomendó que se realizara uno.

Tabla 14. Identificación de situaciones o eventos de riesgo y consecuencias de la historia Encuentro con una Expareja

<i>Situaciones o eventos</i>	<i>Consecuencias</i>
Ernesto era casado y aparte tenía amantes	Virus de papiloma humano
Dejarlo entrar a su departamento	Enfermedades
No tener fuerza de voluntad para decirle que no	Tener que estar sola en su enfermedad
No usar condón	Que no la quieran por que tiene una enfermedad
No decirle a Ernesto que tiene papiloma humano	
No decirle a su nueva pareja	

Posterior a esto se llevó a cabo el ejercicio Identificación de situaciones de riesgo (Ver Anexo del Manual 15 y 16), en donde la usuaria contestó una serie de preguntas respecto a las situaciones que la han llevado al abuso del alcohol y las consecuencias que tuvo por esto, ella comenta que son principalmente los eventos sociales, sus amigos y familiares lo que la llevan a consumir alcohol en exceso, ella busca relajarse y divertirse. En cuanto a las consecuencias que ella experimenta son dolor de cabeza, cansancio, ha llegado a manejar borracha, conductas sexuales de riesgo y problemas con personas queridas (Ver la tabla 16).

Tabla 15. Identificación de situaciones de consumo de alcohol

<i>Preguntas</i>	<i>Respuestas de la usuaria</i>
¿Con quién te encuentras generalmente cuando consumes alcohol?	Amigos, hermanos y primos.
¿En qué lugar comúnmente te encuentras cuando consumes alcohol?	Bar, fiestas, casa de alguien, antros y restaurantes.
¿Qué es lo que piensas antes de empezar a beber alcohol?	Quiero diversión, tranquilidad, salir de fiesta, relajarme
¿Cuáles son las causas más comunes por las que se inicia el consumo de alcohol?	Por la fiesta, la diversión, tranquilidad.
¿Cómo es tu estado de ánimo antes de que empieces a beber?	Me siento feliz.
¿Cuáles son algunas de las situaciones que te llevan a beber comúnmente? (Menciona dos o tres)	Los festejos, celebraciones, ser fin de semana.
¿Cuáles son algunas de las consecuencias que tienes al consumir alcohol o embriagarte? (Menciona dos o tres)	Dolor de cabeza, cansancio, he llegado a manejar borracha, tener conductas sexuales de riesgo y he tenido problemas con personas queridas

En el caso de la identificación de situaciones de riesgo de las conductas sexuales de riesgo ella comenta que es común que se encuentre en alguna casa de la persona o en hotel, la mayoría de las veces han sido cuando está en estado de ebriedad y no piensa en las consecuencias de no usar condón (Ver la tabla 17.)

Tabla 16. Identificación de situaciones de riesgo de conductas sexuales de riesgo

<i>Preguntas</i>	<i>Respuestas de la usuaria</i>
¿En qué lugar te encuentras antes de tener relaciones sexuales, que te encuentras haciendo?	En la casa de la persona o un hotel
¿Qué actitudes o situaciones hacen que no uses condón?	El alcohol y la pareja si es formal o no
¿Qué piensas antes de tener relaciones respecto al uso del condón?	Que lo tengo que usar
¿Cómo es tu estado ánimo antes de tener relaciones sexuales riesgosas?	Borracha, contenta, relajada
¿Qué relación encuentras entre tener relaciones sexuales riesgosas y el consumo de alcohol?	Siempre se relaciona porque no piensas en las consecuencias

Se platicó con la usuaria respecto a lo que puede hacer ahora que ya sabe lo que está alrededor de los riesgos que comenta, la usuaria menciona que quiere dejar de salir tanto en la noche y evitar ponerse borracha para no tener relaciones sexuales sin protección.

Con lo anterior se da por finalizada la sesión, se le proporciona sus hojas de autorregistros (Ver Anexo 8 y 9 del manual) y el folleto No. 2 “La comunicación asertiva” (Ver Anexo 18 del Manual), el cual es para leerlo en casa y para que conteste los ejercicios incluidos. Se programa la sesión una semana después.

Sesión tres

Aprendiendo a poner límites y comunicarme sanamente

Se inicia la sesión revisando los autorregistros de consumo de alcohol, en donde se observa que bebió dos días, en total 3 copas, la usuaria indica que lo hizo porque había terminado la semana laboral y quería relajarse, se le retroalimenta positivamente el cumplimiento de su meta y las ganancias que observa de esto, en cuanto a sus autorregistro de conductas sexuales de riesgo no ha tenido relaciones sexuales, habla de que no quiere tener relaciones de riesgo y si las tiene espera sea con una pareja estable con la que ella se sienta agusto.

Se revisa el folleto “La comunicación asertiva” (Ver Anexo 18 del Manual), se le pregunta acerca de lo aprendido y menciona que siente que le hace falta reforzar poner límites y decir no de manera asertiva, le hace falta practicarlo más.

Posteriormente se realizó el ejercicio de comunicación asertiva para el consumo de alcohol, con ayuda del ejercicio identificación de situaciones de riesgo realizado la sesión pasada, se le pidió que imaginara un escenario en el que está en riesgo de consumir abusivamente y que lo describiera. Después escribió las respuestas que ella piensa que daría para rechazar la copa o decir que no quiere consumir, y se revisaron una a una las opciones para que identificara el tipo de respuesta, agresiva, pasiva o asertiva, para que fuera identificando el tipo de respuestas que comúnmente da y con esto se identificaron las mejores opciones y se obtuvieron respuestas para cuando se enfrente ante situaciones en las que tenga que negar o no quiera consumir alcohol (Ver la tabla 17 y 18).

Tabla 17. Respuestas del ejercicio Comunicación Asertiva caso abuso de alcohol

<i>Respuesta</i>	<i>Tipo de comunicación (pasiva, agresiva o asertiva)</i>	<i>Consecuencias/ganancias</i>
No gracias, estoy tomando medicina	Asertiva	Que la gente no me ofrezca porque no se puede tomar cuando tomas medicamentos
No quiero tomar	Agresiva	Que la gente se ofenda, en vez de que entienda que no quiero consumir
No me gusta el sabor	Pasiva	Que la gente insista para que lo pruebe, que no sabe mal
Gracias, no se me antoja	Pasiva	Que la gente vea que por hoy no quiero
Voy a manejar	Pasiva	A la gente no le importa eso, siempre dicen una y ya, no te pasa nada
Mañana trabajo temprano	Pasiva	Tampoco le importa a la gente y dicen que con una mañana ni me pasa nada
No gracias, ya tomé suficiente	Asertiva	Que la gente entienda que ya no quiero y ya no me ofrezca
Ya no quiero	Agresiva	Ya en un momento que insisten y ya molesta, pero se sientan
No porque me quiero ir a dormir temprano	Pasiva	A la gente no le importa eso, siempre dicen que pues m duerma temprano, que eso no tiene nada que ver
Solo una y ya	Pasiva	Porque estaría cayendo en aceptar y es lo que no quiero

Se le pidió que practicara cada una de las respuestas asertivas para ensayarlas y se fueron retroalimentando para que no se escucharan pasivas, ya que fue el tipo de comunicación que utiliza la usuaria.

Tabla 18. Respuestas del ejercicio Comunicación Asertiva caso conductas sexuales de riesgo

<i>Respuesta</i>	<i>Tipo de comunicación (pasiva, agresiva o asertiva)</i>	<i>Consecuencias/ganancias</i>
Estoy borracha ahorita no	Pasiva	Entre más borracha te ven, más insisten y tener conductas sexuales de riesgo
Si no hay condón no	Asertiva	Porque desde un principio le dices claro que sin condón no
No quiero y sin condón menos	Agresiva	Que la persona se enoje por que le dices que no quieres
Ve a comprar o conseguir un condón	Asertiva	Usar el condón en la relación
Yo tengo un condón en mi cartera	Asertiva	Me estoy cuidando si él no trae un condón
Sin condón no, mejor en otra ocasión	Asertiva	Me evito una relación sexual de riesgo
Apenas te conozco y no quiero que pase nada más	Asertiva	Evito tener relaciones con alguien que apenas conozco

También se le pidió que imaginara un escenario con una pareja estable en la que ella negociara el uso del condón y/o un método anticonceptivo, dependiendo de lo que ella considerara mejor, aunque ella para ella fue mejor el uso de condón como método, se observó que la usuaria empleó el uso de la comunicación asertiva para la negociación con la pareja en la mayoría de los casos, solo en el uso de condón se le informa la importancia de hablarlo con su pareja, ya que la usuaria no consideraba importante hablarlo, solo si la pareja no quisiera usarlo, sin embargo ella está dispuesta a no usar el condón en caso de ser una pareja formal, y se le menciona de los riesgos que esto implica, puesto que las parejas formales o de noviazgo la mayoría de las veces no son para siempre, sin embargo nada garantiza que no exista riesgo, pero disminuye considerablemente si existe

fidelidad sexual y se utiliza el condón, lo importante es que este continuamente chequeando su salud (Ver la tabla 19).

Tabla 19. Respuestas del ejercicio, negociación del uso de condón con mi pareja

<i>Tipo de conducta de riesgo</i>	<i>Propuesta de Negociación</i>
Uso de condón	Me hago tonta para no usar otro método y siempre usar condón para evitar un embarazo no deseado, solo si ya es mi pareja formal a lo mejor lo platico si él no quiere usar condón sobre otro método anticonceptivo
Relaciones sexuales solo con la pareja, para evitar las múltiples parejas sexuales	Hablar sobre las infidelidades, que no son buenas y que puede provocar las Infecciones de trasmisión sexual, aparte que no es lo que yo busco en una relación formal
Uso de alcohol en las relaciones sexuales	Pues con moderación, a mi si me gusta una cena romántica y un vinito o algo, pero solo uno o dos y platicar con mi pareja de que no me gustaría tener relaciones en estado de ebriedad, porque luego se pierde el respeto.
Tipo de prácticas sexuales con protección (vaginal, anal y oral)	Pues como pienso usar condón, en mi caso no tengo problema, para usarlo en el sexo oral, pero de él a mí, eso sí que nos e como lo haría.
Antecedentes de salud sexual de la pareja	Platicar sinceramente sobre su estado de salud, si ha tenido algo y que hizo.

Para finalizar la sesión se le proporcionó a la usuaria las hojas de autorregistro (Ver Anexos 8 y 9 del Manual) y se le entregó la hoja “Uso de condón” (Ver Anexo 22 del Manual) para que la leyera en casa y se completaran los ejercicios que incluye. Se programó la sesión una semana después.

Sesión cuatro

Sexo Seguro

Se inició la sesión preguntando a la usuaria cómo le fue en la semana y cómo se había sentido, ella comentó que esta semana no había cumplido su meta puesto que sus hermanos habían venido de visita a Morelia y aprovechando que era puente, salieron a un antro, consumió en un día 3 cervezas y una cuba, aunque ella comenta que las tres cervezas fue durante la comida y la cuba en la

noche platicando con ellos y no se sintió borracha ni nada, pero un día después también en la comida se tomó 3 cervezas y en la noche salieron a un bar y se tomó 3 copas de vino, mencionó que tampoco se sintió borracha, sin embargo si se sintió enfiestada, y se levantó sin dolor ni malestar ella comentó que fue porque no se puso borracha, que en otras ocasiones no le hubiera importado y hubiera seguido bebiendo, pero ya no quiso y decidió no consumir, y al día siguiente sus papas hicieron carne asada y se tomó 3 cervezas.

Se comentó sobre su conducta y mencionando que mantuvo su consumo de manera moderada dos de los tres días que consumió en la semana, excepto el día en el que fue al antro, se cuestiona acerca de lo que la lleva a consumir más de lo que ella tiene como meta, ella comenta que las cervezas y los tragos fueron muy esporádicos y con mucha diferencia entre las cervezas y el vino, sin embargo ella cuando se sintió enfiestada es que decidió no consumir más, se retroalimenta positivamente lo que realizó para ya no consumir más, sin embargo se recalca la situación de riesgo que representan las salidas con sus hermanos a los antros, se le preguntó si ella encontraba alguna opción a esto, y menciona que la opción es beber moderadamente cuando ellos están aquí, que sí puede, pero ese día sintió los consumos muy separados.

En cuanto a las conductas sexuales de riesgo menciona no haber tenido, sin embargo identificó que sí las evitó, puesto que en el antro estaba su ex novio, si lo saludó pero no quiso que la llevara a su casa, pues ella sabía que podía pasar algo más.

Se le preguntó acerca de la lectura de la hoja del uso del condón, ella comenta que del condón masculino, ella sabía más o menos todo acerca de cómo usarlo y las precauciones que se tenían que tener, sin embargo del condón femenino no sabía casi nada, que nunca lo ha usado y desconocía acerca de su uso.

Se inició la sesión con la identificación de pensamientos y emociones en torno a las relaciones sexuales, las relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y el consumo de alcohol (Ver Anexo 23, 24 y 25 del Manual), la usuaria escribió lo que pensaba de las relaciones sexuales y posterior a esto se fue revisando cada una de las ideas para identificar si es racional o irracional y se daba una explicación del por qué, y por último se le pedía que escribiera alternativas para los pensamientos irracionales por pensamientos más funcionales que no le generen emociones desagradables (Ver la tabla 20).

Tabla 20. Identificación de pensamientos y emociones en torno a las relaciones sexuales

<i>Pensamientos y emociones</i>	<i>Tipo de pensamiento (irracional ó racional)</i>	<i>Pensamientos racionales</i>
Es un tema que es difícil para mí hablarlo con la gente, sin embargo es algo normal, aunque me cuesta más trabajo con los hombres	Irracional	No es necesario hablar el tema con todos los hombres, solo es importante con los que son parejas sexuales
El tema de los riesgos, es algo que yo tengo claro pero me cuesta trabajo hablarlo con los demás, por ejemplo lo del sexo oral o esas prácticas	Irracional	De igual forma no es importante hablarlo con todas las personas, y con las parejas solo es cuestión de sentirme cómoda para abordarlo asertivamente
Las relaciones sexuales es para yo tener placer y disfrutar	Racional	
Si el chavo me gusta, aunque no lo conozca mucho, por qué no tener relaciones con él	Irracional	Aunque me guste el chavo, no conozco su historial de salud sexual, no sé si tiene alguna Infección o algo
Siempre usar condón con gente que no conozco mucho	Racional	
Disfruto más de las relaciones cuando es una pareja estable, hago el amor	Racional	
Siento culpa por tener relaciones sexuales con alguien que casi no conozco por lo que pueda pensar él	Irracional	Lo que puede pensar él no tiene que afectarme, lo mismo que hice yo, lo hizo él
Sin condón las relaciones se sienten mejor	Irracional	La sensibilidad que se pierde con el uso de condón es mínima, las consecuencias de no usarlo son muchas
Me siento triste cuando tengo relaciones sexuales y el chavo no muestra interés en que yo disfrute, solo a lo que va	Irracional	Es importante que las relaciones sexuales las disfrute, sin embargo tengo que comunicar lo que me gusta, si a pesar de eso, las cosas no resultan como quiero, hablarlo con la persona

Después se realizó el ejercicio de pensamientos y emociones irracionales acerca de las relaciones sexuales con uso de alcohol, la usuaria mencionó que entre las ideas que tiene es que se experimenta mayor excitación y sirve para relajarse y disfrutar más. En seguida se revisó uno a uno los pensamientos y emociones para que la usuaria identificara y cambiara los pensamientos irracionales por unos más funcionales que no le generaran sensaciones desagradables (Ver la tabla 21).

Tabla 21. Identificación de pensamientos y emociones en torno a las relaciones sexuales con uso de alcohol

<i>Pensamientos y emociones</i>	<i>Tipo de pensamiento (irracional ó racional)</i>	<i>Pensamientos racionales</i>
Una copita sirve para relajarte y disfrutar más	Irracional	El consumo de alcohol moderado puede estar o no presente en la relación sexual, pero de esto no depende que me sienta mejor
Cuando estas borracha sientes más excitación	Irracional	Aunque si puede desinhibir el alcohol, no genera más excitación que sin el consumo, al contrario tiene un efecto contrario
Es más fácil que se te olvide usar condón y esto indica mayor riesgo	Racional	
La relación sexual dura más	Irracional	Dura más por que se pierde sensibilidad y se prolonga el acto
Cuando estoy borracha me atrevo a hacer más cosas	Irracional	Aunque si puede desinhibir el alcohol, el riesgo de conductas sexuales aumenta por la pérdida de la percepción del peligro
Cuando se me pasa el efecto me siento con culpa y sola por lo que pasó	Irracional	Las emociones desagradables se agudizan cuando hacemos algo que no queremos bajo el efecto del alcohol, pero es normal experimentarlas y no pasa nada. Hay que estar conscientes del riesgo de tener estas conductas para evitarlas.

Y para terminar el ejercicio se le pidió que identificara los pensamientos y emociones que tiene del abuso del alcohol, después se le pidió que identificara cuales son racionales y cuáles no, la usuaria menciona que la idea que tiene acerca del consumo de alcohol es que si vas a una fiesta y no tomas eres aburrido

o no te pones en ambiente, pero aprende que puede ir a una fiesta y pasarla agusto sin la necesidad de consumir alcohol (Ver la tabla 22).

Tabla 22. Identificación de pensamientos y emociones acerca del consumo de alcohol

<i>Pensamientos y emociones</i>	<i>Tipo de pensamiento (irracional ó racional)</i>	<i>Pensamientos racionales</i>
Consumo alcohol cuando estoy estresada por el trabajo para relajarme y salirme de fiesta	Irracional	Si me siento estresada puedo caminar o visitar a una amiga, no necesariamente consumir alcohol
Las personas que no toman son aburridas	Irracional	Puedas tomar o no y ser aburrido, no depende de eso
Me libero más y disfruto más las fiestas cuando consumo alcohol	Irracional	No necesariamente tengo que consumir alcohol para divertirme, también lo puedo hacer sin consumir
Tomar me sirve para socializar con las personas	Irracional	No necesito tomar alcohol para que me acepten o para que platiquen
Las personas que toman alcohol son mas divertidas	Irracional	No todas las personas que toman alcohol son divertidas, algunas no toman y los son
Me gusta aguantar la fiesta tomando, es mejor y más divertido	Irracional	Si la fiesta es divertida no es necesario tomar, así la puedo disfrutar más
La moderación del alcohol es lo más importante	Racional	

Después se realizó el entrenamiento del uso de condón masculino y femenino, se le explicó a la usuaria que el objetivo del ejercicio es que aprenda y utilice el condón de manera correcta y que sea efectivo, con ayuda de la hoja Uso de condón (Ver Anexo 22 del Manual). Se le proporciono primero el condón masculino y con ayuda de un pepino, se practicó paso a paso cómo utilizarlo y las precauciones que debe de tener, la usuaria lo realizó de forma correcta, comenta estar más familiarizada por este condón. Después se le proporcionó el condón femenino, se le enseñó y practicó paso a paso su utilización con ayuda de un vaso de plástico, la usuaria comenta que esté condón no lo había visto nunca y tampoco lo ha utilizado, siente que va a ser muy incomodo usarlo, sin embargo lo va a intentar, primero quiere enseñarse a ponérselo y ya como se sienta ve si lo utiliza en las relaciones sexuales. Una vez que se terminó el ejercicio se le pidió

que ella explicara paso por paso el uso de los condones y no se identificaron errores en su explicación.

Para finalizar la sesión, se le proporcionan las hojas de los autorregistro (Ver Anexo 8 y 9 del Manual) y se programa la sesión a la semana siguiente, se le informa que la siguiente sesión es la última de su tratamiento y se le comentó el objetivo de la sesión, el cual sería la aplicación de instrumentos y la evaluación de los avances obtenidos.

Sesión cinco

Identificando mis cambios

Se inició la sesión preguntándole acerca de cómo se sintió en la semana y si pasó algo relevante que quisiera comentar. Ella menciona que esta semana le fue bien, mantuvo su meta sobre su consumo y no tuvo mayor inconveniente, bebió el jueves que fue a cenar una cerveza, el viernes salió un rato con sus amigos y se tomó tres copas de vino y el sábado fue a comer con una amiga y se tomó una cerveza pero con la novedad que hacía unas semanas que había iniciado una relación de noviazgo, pero que no lo había formalizado porque él vive fuera del país y no sabía si se iba a dar o no, pero este fin de semana fue a visitarlo a San Antonio, Texas y ya formalizaron su noviazgo, lo que la tiene muy contenta, este chavo le gusta mucho. Durante su visita a Estados Unidos tuvo cinco relaciones sexuales con él, en las que se cuidó utilizando condón.

Posteriormente se le preguntó a la usuaria cómo se ha sentido durante el tratamiento, que es lo que aprendió, que fue lo que más le interesó y si hay alguna conducta que siente que le haga falta practicar más. Ella comenta que lo que se le

ha hecho más difícil es decirle que no a la gente que le ofrece alcohol, y más cuando ella se niega y le insisten, pero ya sabe cómo poner límites y no caer, le gustó aprender acerca del uso del condón femenino y lo que más disfruta de todo esto es no sentirse mal en la cruda.

Después se realizó el plan de acción para establecer las estrategias para continuar con las metas establecidas y las opciones que tiene de una posible recaída (Ver Anexo 24 del Manual). Se discutieron las estrategias que llevará a cabo para el mantenimiento de las metas establecidas en el caso de abuso de alcohol y de prácticas sexuales de riesgo y cuáles son las consecuencias en caso de abandonar sus metas establecidas (Ver la tabla 23 y 24).

Tabla 23. Plan de acción para el consumo de alcohol

<i>Situación de abuso de alcohol</i>	<i>Consecuencias del consumo de alcohol</i>	<i>Mejor opción para la situación</i>
Una fiesta familiar en donde mis primos me insistan para que siga tomando y no pueda resistirme a la presión	Ponerme borracha y sufrir la cruda y el fracaso de haber fallado a mi meta	Evitar los pensamientos de que todo el esfuerzo no valió la pena, verlo como un aprendizaje más dentro de mi proceso para dejar el consumo abusivo de alcohol y revisar que fue lo que pasó que no pude poner límites para que no vuelva a pasar. Seguir con mi meta de consumo moderado de alcohol.

Tabla 24. Plan de acción para las conductas sexuales de riesgo

<i>Situación de conductas sexuales de riesgo</i>	<i>Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo</i>	<i>Mejor opción para la situación</i>
No usar condón, con una pareja no formal, después de consumir alcohol	Infecciones de transmisión sexual Embarazos no planeados Sentimientos de fracaso y soledad	Evitar los pensamientos de que todo el esfuerzo no valió la pena, revisar que fue lo que pasó que no pude detenerme para que no pasara. Checarme para ver si no me contagie de Infecciones de Transmisión Sexual/VIH. Seguir con mi meta de tener sexo seguro.

Una vez que se concluyó el ejercicio, se le aplicó el instrumento de evaluación (SOCRATES).

Y para finalizar la sesión se le brindó el formato de evaluación de la intervención para que la usuaria lo contestara (Ver Anexo 29 del Manual), y se platicó respecto a lo que contestó. La usuaria comentó que se cumplieron sus metas, la cuales es la moderación del consumo de alcohol, el uso consistente del condón, evitar las parejas ocasionales y el uso del alcohol en las relaciones sexuales. En cuanto a los principales logros obtenidos mencionó que mejoró la relación con sus papas, puesto que ahora está más con ellos, inició una relación y negoció sobre su cuidado sexual y ahora ya no tiene crudas por lo que su rendimiento es mejor en el trabajo y ahora hace ejercicio frecuentemente, lo cual le ha servido mucho. Se le da retroalimentación sobre las ganancias que ha obtenido gracias al cambio de su comportamiento y las mejorías en sus relaciones familiares.

Para finalizar la sesión se le informó que en un mes se volvería a ver para ver cómo le ha ido posterior a su tratamiento.

Sesión de Seguimiento

Manteniendo mi conducta

La sesión de seguimiento se realizó un mes posterior al tratamiento, el objetivo de esta sesión ver si las metas del tratamiento se mantuvieron en el mes o que había pasado en cuanto a su comportamiento.

La usuaria comenta haberse sentido agusto este mes, su consumo realmente había disminuido, ha bebido con moderación y se ha sentido muy agusto, las ganancias que ha tenido es que se siente saludable y adelgazó, le da gusto que muchas personas le digan que se ve más delgada y feliz, las estrategias que ha implementado es que no ha salido mucho, solo se va a comer con amigos o gente del trabajo. En cuanto a su salud sexual comenta que inició esta relación y está muy tranquila, visitó al ginecólogo para escoger la mejor forma para su cuidado y para prevenir un embarazo, sin embargo ella negoció con su pareja y a la fecha han estado usando condón, aunque no han tenido mucho porque esta fuera del país, pero a ella le gustaría más adelante empezar con otro método anticonceptivo hormonal que le permita protegerse periodos más largos, como las pastillas. Ella está muy feliz con esta nueva relación y muy motivada para continuar por el mismo camino, a pesar de que no lo ve mucho.

Se retroalimentó comentándole lo bueno que era tener un consumo moderado y las ganancias que esto le generaba, en cuanto a su salud sexual, se enfatizó respecto a la negociación para su cuidado sexual que llevó a cabo con su pareja y lo importante del cuidado de su salud sexual.

Para finalizar la sesión de seguimiento se le pidió contestara las pruebas correspondientes (LIBARE Y SOCRATES) (Ver Anexo 3 y 7 del Manual), se le agradeció y de esta manera concluyó la Intervención “Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos”.

Posterior a la intervención se obtuvieron algunos resultados que permiten conocer los efectos en la usuaria respecto a su patrón de consumo (ver la figura 1 y 2).

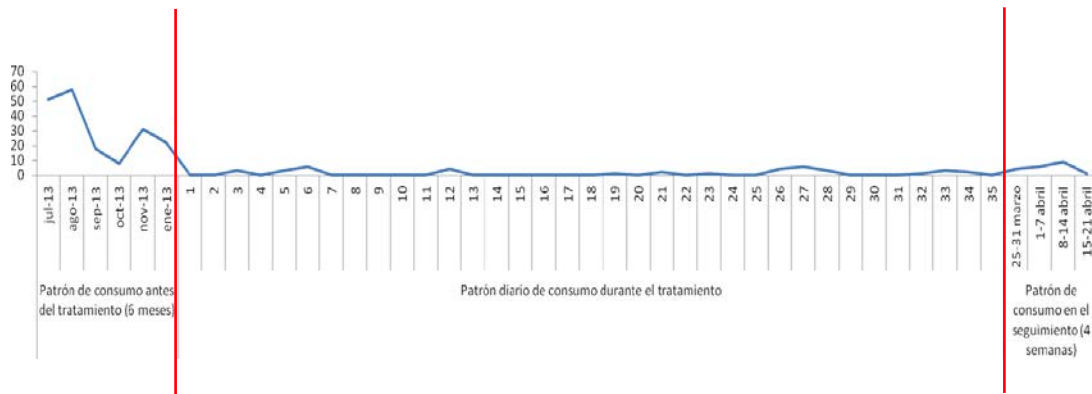


Figura 1. Patrón de consumo antes, durante y posterior al tratamiento

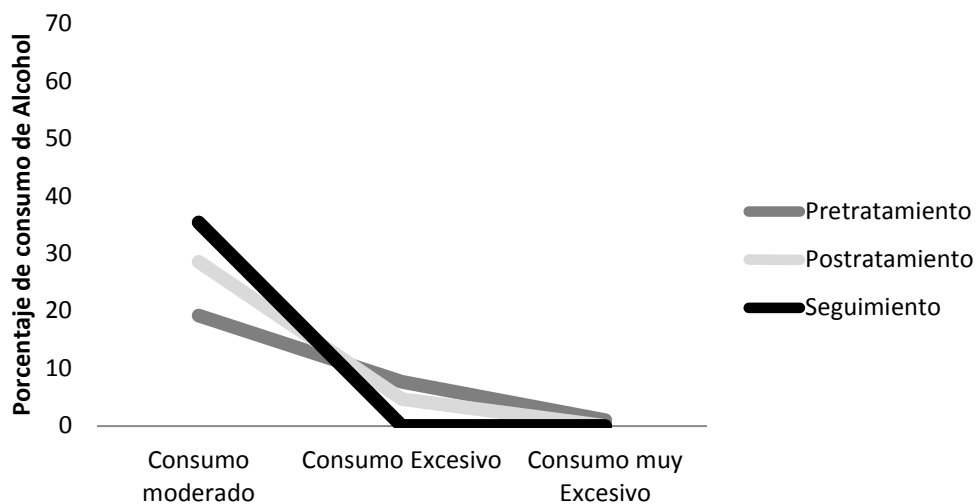


Figura 2. Consumo de alcohol moderado, excesivo y muy excesivo, del pretratamiento, postratamiento y seguimiento.

Se observa que durante el tratamiento el patrón de consumo fue más bajo que antes y posterior al tratamiento, sin embargo se mantuvo la meta que es la moderación del consumo, aunque aumentó la frecuencia con la que consume en la etapa de seguimiento, que coincide con el periodo vacaciones, lo que indica que la usuaria utiliza el alcohol como medio de socialización, de recompensa y ante emociones positivas. También indican que la usuaria no ha consumido excesivamente durante el tratamiento ni en la etapa de seguimiento

Los resultados en cuanto al patrón de las relaciones sexuales que la usuaria reportó se observan a continuación (ver figura 3).

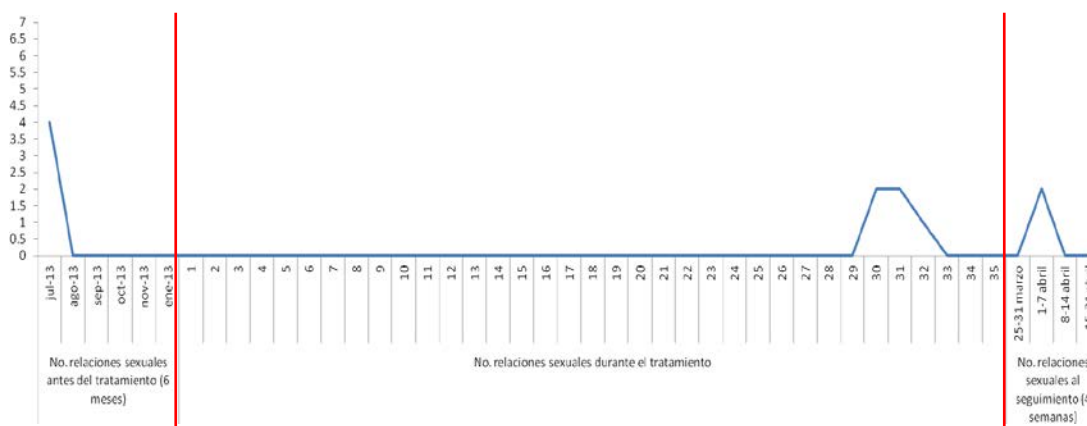


Figura 3. Patrón de las relaciones sexuales antes, durante y posterior al tratamiento.

La usuaria reportó a lo largo de las seis semanas, un total de seis relaciones sexuales con uso de condón en la última semana. Cabe resaltar que tenía 8 meses soltera y su última relación antes del tratamiento fue sin condón con un amigo. En la sesión de seguimiento, reportó dos relaciones sexuales con uso de condón en un mes. Los resultados positivos del sexo seguro se toman a partir de la última relación sexual, la cual fue con uso correcto de condón y no existió contacto de secreciones sexuales.

Los resultados obtenidos de la escala de preparación para el cambio y ansiedad ante el tratamiento (SOCRATES 8A) se muestran a continuación (ver figura 4).

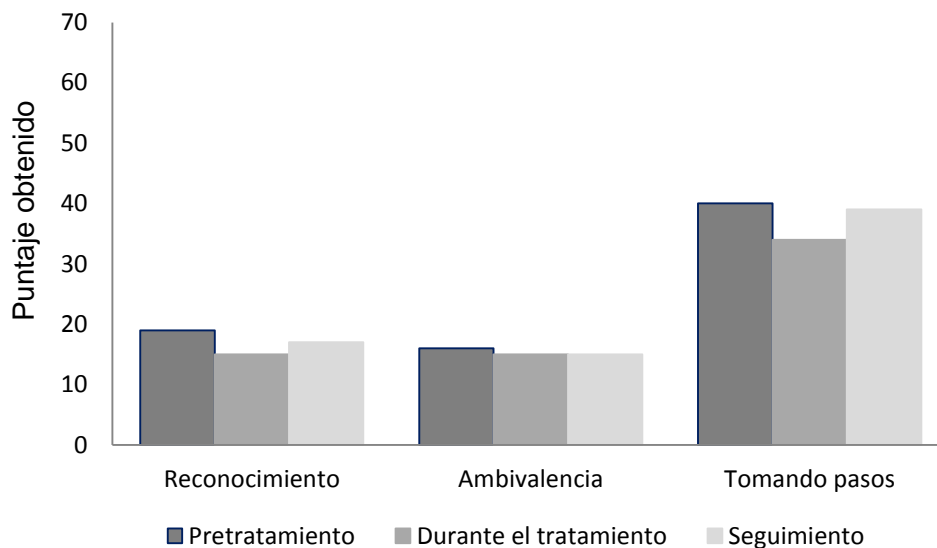


Figura 4. Resultados de la Escala de Preparación para el Cambio y Ansiedad ante el Tratamiento, antes, durante y después del tratamiento

En la evaluación inicial, antes del tratamiento, la usuaria obtuvo muy bajo reconocimiento de los daños que está teniendo por el consumo de alcohol, lo que significa que es muy alto su deseo de cambio, sin embargo, se pregunta de vez en cuando acerca de su consumo y del daño que esto le puede generar a su vida, cuestión que le genera incertidumbre, y se pregunta si esto perjudica a las personas de su alrededor, esto indica que tienen disposición a la reflexión. La usuaria reporta que recientemente ha iniciado algún cambio en su comportamiento, lo que se explica por el tratamiento que en el que decidió participar.

En la escala de preparación para el cambio y ansiedad ante el tratamiento (SOCRATES 8A) aplicada al final del tratamiento la usuaria reporta en la etapa de reconocimiento un nivel muy bajo lo cual puede interpretarse como un rechazo a que la cataloguen con una dependencia al alcohol, sin embargo la usuaria reconoce está dispuesta a la reflexión y reconoce algunas de las consecuencias que le ha traído el consumo de alcohol, e indica que la usuaria ha estado

generando cambios en su conducta. En los resultados arrojados de la prueba aplicada en el seguimiento, reportan resultados similares a los anteriores, en reconocimiento su puntaje es muy bajo, lo que indica que la usuaria no reconoció las consecuencias que el consumo de alcohol le han generado en su vida, aunque ha reflexionado acerca de su consumo y reporta que ha generado cambios en su comportamiento.

Con base en los resultados obtenidos de la escala de preparación para el cambio y ansiedad ante el tratamiento (SOCRATES 8A), se puede concluir que la usuaria no ve las consecuencias que le han generado su consumo de alcohol, esto resulta contrario a lo que reporta en los resultados de la acción, por lo que no se puede concluir un cambio a partir del conocimiento de las consecuencias que ha tenido, o también puede ser producto de un entendimiento de la usuaria al momento de contestar la escala.

5.4.4. Discusión

El objetivo de esta fase fue disminuir y prevenir las conductas sexuales de riesgo y el abuso de alcohol en mujeres migrantes, y con base a los resultados de los instrumentos aplicados en la intervención, específicamente los del patrón de consumo de alcohol y de relaciones sexuales con uso de condón de La intervención “Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos”, se considera éste tuvo un efecto favorable en el comportamiento de la usuaria, ya que el objetivo era disminuir el consumo de alcohol y prevenir las conductas sexuales de riesgo, lo que indica que hubo un incremento en las habilidades sociales, de comunicación, negociación y uso de condón, y con la disminución del consumo de alcohol se previnieron las conductas sexuales de riesgo. La literatura reporta que el consumo de alcohol potencializa el riesgo, puesto que hay un decremento en el funcionamiento de áreas del cerebro, como el lóbulo frontal, el cual es responsable

de acciones prudentes, por lo que bajo la influencia del alcohol se desinhibe los deseos sexuales, hay una baja percepción del peligro y de las consecuencias que esto puede generar (Anton y Espada, 2009; Calsyn, et al. 2011; Goncalves, et al., 2007; Kiepek, 2008; Molina, et al., 2009; Monteiro & Pedlow, 2011; Pulido, et al. 2013).

Por su parte y dentro de las estrategias empleadas en la intervención se revisó los riesgos que implicó la migración en su consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo de la usuaria, la cual indica que la migración representó mayor libertad en varios sentidos, libertad de consumo de alcohol, porque dentro de los periodos que ha estado fuera del país ella es libre para decidir sobre su consumo, no tiene horarios ni las reglas a diferencia de los que tiene en la casa de los padres, también que el trabajo la posibilita mayores ingresos y es fácil comprar alcohol. Estados Unidos es una de las sociedades considerada como de las mayores consumidoras de alcohol, por lo que es común que la gente compre bastante con la intención de probar lo nuevo y lo diferente que no encuentra en México, lo mismo pasa con el alcohol, encuentran una diversidad de bebidas que incitan a que las prueben, más porque una de las razones que causa la migración es mejorar su economía y poder comprar lo que quieran.

En el caso de la usuaria, su consumo se vio favorecido por el trabajo que tenía, el cual tenía una estrecha relación con la parte de la socialización y el consumo de bebidas alcohólicas, cabe resaltar que a pesar de que ella no domina el idioma, esto no le dificultó el poder relacionarse. Sin embargo no resulta un proceso similar para todos, hay personas que no logran socializar fácilmente o no cumplen con las expectativas de mejorar su economía, pero para ambos casos se generan consecuencias en el proceso de adaptación del nuevo país, costumbres e idioma. Diversos autores estudian el consumo de alcohol y la relación con la

migración (Arellanez y Sánchez, 2008; Borges, et al., 2008; Canino, et al., 2008; Sánchez, et al., 2006), algunos mencionan esta relación como un evasor y para rendir más en el trabajo, como mecanismo de afrontamiento ante los procesos de aculturación por los que pasa el migrante (Fajardo, et al., 2008), también se pueden observar patrones que marcan el incremento del consumo de sustancias en localidades con altos índices de migración en ambos países. A partir del tipo de sustancia que en ambos lugares están consumiendo y que anteriormente no se observa este tipo de consumo, como la heroína, que ahora lo reportan estados como Michoacán en donde antes no era común este consumo y donde el índice de migración es elevado, esto indica como algunos de los patrones de consumo de sustancias traspasan fronteras, y se convierten en problemas de salud pública para ambos países (Sánchez, et al., 2006).

Por otro lado, la usuaria manifiesta que entre los factores importantes que marca la migración en su comportamiento es una mayor libertad sexual, puesto que Estados Unidos es un país en donde la gente vive con menos prejuicios y la gente no conoce a los recién llegados migrantes, por lo que no existe un interés de lo que la gente piense de ella, en general tiene una concepción de la migración como mayor libertad para hacer lo que en casa y en su país no le es permitido. Sin embargo la usuaria manifestó que le gusta el freno que representa su familia y los que la rodean ya que de no ser así ella seguiría comportándose igual que como cuando estuvo viviendo sola. Lo cual es consistente con lo expuesto por Parrado y Flippen (2010), los cuales hablan del cambio en la práctica de la sexualidad cuando se cruza la frontera norte del país, la forma en la que asumen el país de destino y como estructuran su conducta a partir de los conocimientos adquiridos en el lugar de origen y lo nuevos, estos marcan significados diferentes en comparación de las personas que no han tenido la experiencia de migrar, la sensación que experimentan de que nadie los conoce, les permite desenvolverse de manera más abierta y extrovertida, experimentar prácticas que en su lugar de origen no lo haría, pero también se observa que hay personas que lo viven de

manera contraria, ante la falta de seguridad que sentían en el lugar de origen, les genera conflicto poder relacionarse con las personas.

También es importante contrastar algunas de las características sociodemográficas de la usuaria con lo que menciona la literatura, puesto que colocan al migrante en su mayoría con niveles bajos de escolaridad y de bajos recursos económicos, factores que aumentan el riesgo para conductas sexuales de riesgo, por la poca información que tiene sobre la prevención de la sexualidad (Yañez, et al., 2011). Con el caso que se trabajó, la usuaria tiene nivel de licenciatura, viaja con visa y sin embargo tiene conductas sexuales de riesgo, lo que genera pensar que la educación y el nivel económico influyen pero no de manera determinante en las conductas sexuales de riesgo, es importante que se considere la migración por sí sola como un factor que favorece las conductas de riesgo y que posiciona a las personas en una vulnerabilidad social.

En este sentido el tema de migración, es sin dudas muy amplio y genera muchos otros fenómenos a su alrededor. En la intervención se abordó desde una reciente y nueva perspectiva, la de género, puesto que la migración dejó hace unas décadas el ser exclusivo para los varones, y los motivos por lo que migran son igual o parecidos a los del hombre, la búsqueda de una mejor estilo de vida, la realización personal, mantener a la familia y una mejor calidad de vida. Sin embargo, los riesgos para la mujer difieren en cuanto a su condición física y de vulnerabilidad, lo que las posiciona como blanco para abusos de autoridad, discriminación y violaciones a sus derechos. En la literatura encontramos que las mujeres desde el lugar de origen toman métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo de llegar a ser violadas en el transito, lo que indica que las mujeres desde su salida conocen los riesgos en su salud sexual, aunque esto no prevenga las Infecciones de transmisión Sexual o el VIH/SIDA (Pérez, Coppe, Pérez y Trujillo, 2008).

Por lo anterior, la intervención estuvo dirigida a las mujeres migrantes, ante la necesidad de atender algunas de las problemáticas en la salud a las que se enfrentan, y se buscó que la usuaria disminuyera su consumo mediante el conocimiento del patrón de su consumo de alcohol y cómo se asocian con las conductas sexuales de riesgo. Así mismo se instrumentaron técnicas cognitivo-conductuales que han demostrado efectividad para la modificación de comportamiento y los pensamientos, como la reestructuración cognitiva, el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación.

En la literatura se identifican diferentes investigaciones donde se demuestra la efectividad de las intervenciones breves en las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo, por lo que a partir de dichas investigaciones se estructuró la intervención que en la presente investigación se aplicó (Ganvita, et al., 2003; Montijo, et al. 2006; Pulido, et al. 2013; Rojas, et al., 2011; OPS, 2008).

Lo que permite reconocer los desaciertos que se tuvieron en su estructura, en primer lugar la intervención solamente fue revisada por expertos en el tema, por lo que se propone que los materiales utilizados sean revisados uno a uno mediante grupos focales.

En segundo lugar es importante que se adecúe todo el material empleado en la intervención al contexto migratorio, y de esta forma sea clara la diferencia entre una intervención dirigida al público en general y una que está dirigida a los migrantes, puesto que una de las causas por las que los migrantes no acuden a los servicios de salud, sobre todo a los servicios de salud mental en Estados Unidos, es por la falta de adaptación de los tratamientos psicológicos al idioma y contexto de este sector de la población, lo que limita el acceso a estos servicios.

Tercero, es importante la réplica del tratamiento para su análisis, puesto que es necesario identificar desaciertos en su estructura para poder modificarlos. Cuarto, es importante considerar la integración de otros instrumentos que permitan conocer más a fondo el perfil de las mujeres participantes como el Cuestionario de Confianza Situacional y que sean parte de la batería de pruebas de la evaluación final de la intervención (Miller, Ross, Emmerson & Todt, 1987). En el caso de la escala de disposición al cambio, la usuaria no reportó datos confiables, esto puede ser causa de que no entendió el instrumento o no contestó de forma honesta, por lo que se considera importante que para aplicaciones posteriores se revise a detalle la aplicación de este instrumento, y se pregunte sobre la comprensión, o también se analice la viabilidad de su aplicación.

Cuarto, es importante que se realicen más seguimientos del tratamiento, a los tres meses, seis meses, al año y se haga una valoración de su comportamiento para conocer si los aprendizajes adquiridos por la intervención se mantienen a lo largo del tiempo, o de lo contrario si hubo recaídas, cuáles fueron las causas.

Por otro lado, algunas de las dificultades que se tuvieron en para la aplicación de la intervención fue, primero la dificultad de acceder a la población a la que se dirige la intervención, ya que es complicado dar con las mujeres migrantes de retorno en el estado, no se tiene registros exactos de esta población en las instituciones que atienden las problemáticas de los migrantes, se observa estas se dirigen principalmente a dar apoyos económicos y legales y no cuentan con centros de investigación.

Otro de los factores que limitaron la captura de la muestra es que las personas que tienen un problema con su manera de beber, pocas veces acuden a

servicios para atender este padecimiento, se realizó una búsqueda en hospitales para conocer si existían datos de mujeres con experiencia migratoria con este padecimiento y no resultó favorable, ya que los datos epidemiológicos no distinguen entre la población que ha migrado y la que no. Así mismo se acudió a la al Centro de Integral de Intervención Psicológica de la Facultad de Psicología de la UMSNH para identificar usuarios con estas características, sin embargo no se reportaron casos puesto que en las entrevistas de admisión no existe un indicador para la migración, al igual en la Facultad de Enfermería de la UMSNH no se localizaron personas con las características. También se intentó capturarlas en los hospitales en el área de planificación familiar y salud reproductiva, sin embargo por el tiempo que llevaba hacer la revisión de los datos y de los ingresos, fue muy complicado hacer esta captura.

Algunas de las recomendaciones para futuras investigaciones son que la intervención se realice en comunidades donde el índice de población migrante es elevado, o que se aplique directamente en Estados Unidos en las comunidades con mayor índice de migración. Así mismo que se evalúe la eficacia de la intervención, utilizando un diseño de investigación distinto, para lo cual se requiere que se aumente la muestra, se compare con un grupo control y con otra modalidad de intervención como un taller psicoeducativo o consejería breve.

Con lo anterior es que se concluye que al finalizar la aplicación de la intervención, la usuaria se mostró contenta y satisfecha con los logros obtenidos, puesto que cumplió su meta, la cual era la moderación del consumo de alcohol, y en cuanto al uso consistente del condón, la usuaria mantuvo relaciones sexuales durante el tratamiento y posterior a éste con uso de condón, no ha tenido parejas ocasionales ni relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, ella no descarta una posible negociación con una pareja estable y formal acerca otros métodos

anticonceptivos en lugar del uso del condón, pero hasta que ella se sienta segura de la pareja con la que está.

La intervención es simple y fácil de aplicar, las estrategias empleadas son un recurso útil para los tratamientos de consumo de alcohol y conductas sexuales de riesgo, el tratamiento está contextualizado para mujeres bajo el fenómeno migratorio, no obstante es importante que se realicen intervenciones dirigidos a los varones migrantes, ya que las conductas sexuales de riesgo no depende solamente de una persona, si no de la pareja, lo ideal es que la protección y prevención se realice en conjunto y las dos personas estén al tanto de su cuidado sexual.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo al objetivo general planteado en la presente investigación, el cual fue la evaluación de la efectividad en una intervención cognitivo-conductual para disminuir y prevenir las conductas sexuales de riesgo y el abuso de alcohol en mujeres migrantes, se realizaron tres fases que permitieron la instrumentación de la intervención y las adecuaciones necesarias para llevarla a cabo.

En la primera fase la cual tuvo como objetivo construir, pilotear y validar psicométricamente el Inventario de Salud Sexual (ISAS), que se realizó ante la necesidad de incluir en la intervención un instrumento que midiera el grado de riesgo de las conductas sexuales en mujeres migrantes. Los resultados mostraron que el inventario mide los temas teóricos de interés que son, las conductas sexuales de riesgo, indicadores de salud sexual y de migración. Se obtuvo una buena consistencia interna en sus diferentes factores, los cuales concuerdan a lo esperado teóricamente, puesto que muestran la estrecha relación de las conductas sexuales de riesgo con el abuso de alcohol, las múltiples parejas sexuales y/o ocasionales y el no uso de condón (Anton y Espada, 2009; Calsyn, et al., 2011; Gallegos, et al., 2007; Kiepek, 2008; Kings y Maisto, 2009; Molina, et al., 2009; Monteiro & Pedlow, 2011).

Los reactivos que conforman la primera escala del ISAS denominada Prácticas Sexuales de Riesgo, permiten identificar el tipo de práctica sexual que se realiza y si éstas son riesgosas, como el uso del condón, parejas ocasionales, la prevención de infecciones de transmisión sexual y el uso de alcohol en las relaciones sexuales. Algo que se consideró para la formulación de los reactivos de esta escala es el grado de incomodidad que les puede generar a las mujeres contestar un instrumento de este tipo, por lo que se requirió que los reactivos no fueran muy invasivos. Sin embargo, se considera que fue uno de los factores que

limitó el acceso a la información en algunas preguntas de esta escala, puesto que son temas considerados muy íntimos para las mujeres y que normalmente no están acostumbradas a compartir o hablar, como por ejemplo los reactivos que mencionan si tienen prácticas sexuales orales y anales. Por lo anterior es que se propone una reestructuración de los reactivos eliminados de esta escala acerca del tipo de prácticas sexuales, y con esto tener una segunda aplicación del Inventario de Salud Sexual.

En la segunda escala denominada Antecedentes Informativos sobre la Sexualidad, los reactivos están diseñados para conocer si contaban con la información necesaria para prevenir las conductas sexuales de riesgo. En la literatura se señala que a menor información acerca de la prevención de las ITS, VIH/SIDA y del cuidado de la salud sexual, mayor el riesgo de tener conductas sexuales de riesgo, como lo mencionan diversos autores e instituciones (Liu, et al., 2011; OMS, 2011c; Rodríguez y Díaz-González, 2011; Secretaria de Salud, 2009; Szasz, 2000), sin embargo, es importante la información que se tiene sobre la salud sexual y prevención, pero no es la única variable que influye en el cuidado de la sexualidad.

Como conclusión de esta fase se propone una segunda aplicación del ISAS, en donde se modifiquen la redacción de los reactivos que en el primer análisis resultaron más bajos en su consistencia interna, para aumentar su confiabilidad, también crear y aumentar más reactivos que sustituyan a los eliminados, que aborden los temas de las prácticas sexuales, los antecedentes informativos sobre salud sexual y los antecedentes de las prácticas sexuales como la primera relación sexual, desde un marco de respeto y de cuidado para las participantes. Así mismo es importante que el ISAS incluya el consumo de sustancias ilegales en las relaciones sexuales, puesto que en los análisis del ISAS no se reportan reactivos de este tema, es importante tomarloS en cuenta.

El objetivo de la segunda fase fue validar dos de las historias incluidas en la intervención, para contextualizarlas a escenarios migratorios, las cuales se emplean para que la usuaria identifiquen situaciones de riesgo de abuso de alcohol y conductas sexuales de riesgo. Con base a los discursos recuperados de las participantes, se pudieron identificar las situaciones que propician las conductas sexuales de riesgo dentro de la migración, como la sensación de libertad sexual que les proporciona el país de destino, puesto que mencionan que en México existen más prejuicios sobre la sexualidad.

En el caso del consumo de alcohol, las participantes indican que es una práctica común entre los mexicanos que viven en Estados Unidos, la forma en la que se consume es principalmente en fiestas familiares, fiestas patrias o días festivos. Y mencionan que es común que los migrantes que regresan a México gasten mucho dinero en alcohol, lo que se puede observar en las fiestas patronales de los pueblos, en donde la costumbre es que los migrantes presuman de su posibilidad económica comprando mucho alcohol y gastando el dinero (Arias, 2011).

Sin embargo, para la realización del grupo focal, se encontraron una serie de complicaciones que no permitieron cumplir con los requerimientos metodológicos necesarios para que esta técnica se considere representativa. La primera es que el número de participantes no son suficientes para que la técnica sea válida, por lo que se recomienda que exista una segunda aplicación del grupo focal, en donde se aumente el número de participantes para una mayor representatividad. La segunda es la dificultad que se tuvo para la captura de las participantes, por lo que se recomienda que exista una mayor difusión utilizando recursos tecnológicos y de comunicación, y si es necesario se dé una remuneración económica para que las mujeres se motiven a participar. La decisión

de llevar a cabo el grupo focal con este número de participantes se tomo puesto que existieron dos intentos previos por realizarlo, pero se cancelaron ya que no llegaron las participantes, fue hasta la tercera cita que se realizó el grupo focal. Ese día se contaba con la confirmación de varias participantes, sin embargo a la hora acordada solo llegaron tres de ellas, se esperó media hora más para ver si llegaba alguna otra, y por respeto a las que asistieron y que ya habían acudido las dos veces anteriores, se decidió realizarlo. Cabe resaltar que el tiempo para la realización de la investigación no permitió una segunda aplicación del grupo focal.

Es importante que las técnicas que se emplean en las intervenciones basadas en la evidencia científica se validen, y se contextualicen para que se verifique su efectividad, como en el caso de las historias empleadas para la población migrante, las cuales son un recurso útil que permiten el conocimiento de las personas en torno a un tema en específico y generan un cambio de comportamiento, por lo que se recomienda que se utilicen en escenarios migratorios, y sería importante implementar grupos focales para todo el material utilizado en la intervención.

La tercera fase fue la aplicación de la intervención desarrollada para la presente investigación, la tuvo como objetivo disminuir y prevenir las conductas sexuales de riesgo y el abuso de alcohol en mujeres migrantes, y con base a los resultados de los instrumentos aplicados en la intervención, específicamente los del patrón de consumo de alcohol y de relaciones sexuales, se considera éste tuvo un efecto favorable en el comportamiento de la usuaria, puesto que hubo un incremento en las habilidades sociales, de comunicación, negociación y uso de condón, y la disminución del consumo de alcohol con lo que se previnieron las conductas sexuales de riesgo. La literatura reporta que el consumo de alcohol potencializa el riesgo, puesto que hay un decremento en el funcionamiento de áreas del cerebro, como el lóbulo frontal, el cual es responsable de acciones

prudentes, por lo que bajo la influencia del alcohol se desinhibe los deseos sexuales, hay una baja percepción del peligro y de las consecuencias que esto puede generar (Anton y Espada, 2009; Calsyn, et al. 2011; Goncalves, et al., 2007; Kiepek, 2008; Molina, et al., 2009; Monteiro & Pedlow, 2011; Pulido, et al. 2013).

La intervención permitió que la usuaria disminuyera su patrón de consumo de alcohol durante y posterior al tratamiento en comparación con su patrón de consumo antes del tratamiento, sin embargo, en la etapa de seguimiento la usuaria reporta un incremento en la frecuencia de su consumo, el cual se explica a que fue en periodos vacacionales y esto le permitió un aumento en la frecuencia, ya que asistió a más eventos sociales. Sin embargo la meta del tratamiento que fue la moderación del consumo de alcohol se mantuvo posterior al tratamiento.

En cuanto a la prevención de las conductas sexuales de riesgo, presentó el uso consistente de condón en las últimas relaciones sexuales, no tuvo relaciones sexuales ocasionales y las relaciones sexuales no fueron bajo los efectos del alcohol, lo evidencia que la intervención tuvo efectos positivos en su comportamiento.

Por su parte y dentro de las estrategias empleadas en la intervención se revisó los riesgos que implicó la migración en su consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo de la usuaria, la cual indica que la migración representó mayor libertad en varios sentidos, libertad de consumo de alcohol, porque dentro de los periodos que ha estado fuera del país ella es libre para decidir sobre su consumo, no tiene horarios ni las reglas a diferencia de los que tiene en la casa de los padres, también que el trabajo la posibilita de mayores ingresos y es fácil comprar alcohol. Estados Unidos es una de las sociedades

considerada como de las mayores consumidoras de alcohol, por lo que es común que la gente compre bastante con la intención de probar lo nuevo y lo diferente que no encuentra en México, lo mismo pasa con el alcohol, encuentran una diversidad de bebidas que incitan a que las prueben, más porque una de las razones que causa la migración es mejorar su economía y poder comprar lo que ellos desean.

Por otro lado, dentro de las propuestas de la intervención, se considera importante la réplica del tratamiento para su análisis, puesto que es necesario identificar los desaciertos en su estructura para poder modificarlos, como la integración de otros instrumentos que permitan conocer más a fondo el perfil de las mujeres participantes, como el Cuestionario de Confianza Situacional para que sea parte de la batería de pruebas aplicadas en la evaluación final de la intervención (Miller, Ross, Emmerson & Todt, 1987). Así mismo, que se realicen más seguimientos del tratamiento, a los tres meses, seis meses, al año y se haga una valoración de su comportamiento para conocer si los aprendizajes adquiridos por la intervención se mantienen a lo largo del tiempo, o de lo contrario si hubo recaídas y cuáles fueron las causas.

Con base a lo anterior, es que las propuestas de esta investigación están dirigida a la creación de intervenciones que atiendan los principales padecimientos que tienen los migrantes en su salud física y psicológica, puesto que a pesar que la literatura menciona los costos de salud que el fenómeno trae consigo, no se cuentan con suficientes tratamientos para este sector de la población que está triplemente vulnerable, primero porque carecen de servicios de salud gratuitos, tanto en el país de origen, como en el país de destino, segundo por su condición legal y tercero por los riesgos que atraviesan desde que salen de sus comunidad de origen, su traslado y su lugar de destino. (Caballero, et al., 2008).

Es importante que las intervenciones tomen en cuenta las diferencias de género, las condiciones sociodemográficas de las personas y su condición legal, puesto que las mujeres que están bajo estas circunstancias, tienen características de extrema vulnerabilidad, en donde son víctimas de discriminación, violencia y abusos, y por último atiendan los problemas relacionados con consumo de alcohol y de las Infecciones de transmisión Sexual VIH/SIDA, ya que las mujeres migran a un país en donde riesgo a su salud física y psicológica se duplica (González, et al., 2007; Hidalgo, et al., 2008; Yáñez, et al., 2010).

Así mismo se recomienda que se sigan atendiendo las problemáticas que traen consigo las adicciones, pues es un fenómeno multifactorial y producto de circunstancias económicas, políticas y sociales que se relacionan complejamente. En donde se observa actualmente un mayor índice de consumo de sustancias y las consecuencias que esto generan se ven reflejadas en todos los ámbitos, familiar, laboral, educativo y social.

En cuanto a las limitaciones de la investigación, se mencionan que el acceso a la población es complicado, puesto que las organizaciones para los migrantes con las que se tuvo contacto, no tiene una estructura metodológica que permita la identificación y el contacto con los migrantes, estas organizaciones sirven de contención, protección y atención para la población y muchas veces como asesoría para los migrantes que no conocen la jurisprudencia del país o los servicios de salud. Existen fundaciones que permiten el contacto con los migrantes que están en Estados Unidos, sin embargo, por motivo de tiempo no se pudo llevar a cabo en ese país y por cuestiones de intereses políticos el acceso a éstas es complicado y muy selectivo, sin embargo, la intervención está dirigida a mujeres que participan dentro del fenómeno migratorio, tanto para las que están en el país vecino, como las de retorno.

Por lo anterior se recomienda llevar a cabo investigaciones en torno al acceso de las instituciones y de la población migrante, puesto que las mujeres con estas características no son fáciles de localizar y muchas veces se muestran renuentes y desconfiadas para proporcionar información.

En cuanto a la metodología se sugiere que la evaluación de la intervención se realice en una población más amplia y que la evaluación sea con un diseño de investigación con grupo experimental y grupo control, para conocer su eficacia e impacto, y también se realice un estudio factorial que permita comparar esta modalidad con otras intervenciones o tratamientos, para medir el impacto de las estrategias cognitivo-conductuales. Esta metodología sirve para hacer adecuaciones de la intervención para caso único, pero se reconoce la importancia de generalizar el tratamiento y hacer seguimientos más largos que permitan conocer el impacto de los cambios sobre el tiempo.

Con lo anterior se concluye que la problemática de las mujeres bajo retorno que abusan del alcohol y tienen conductas sexuales de riesgo es multifactorial, tocada por cuestiones políticas, económicas, sociales y de salud que juntos generan una problemática silenciosa puesto que las consecuencias no se conocen con exactitud, esto a la falta de recursos epidemiológicos que evidencien las cifras exactas esta problemática, pero si existe el conocimiento del impacto de la migración en la población, la cual es considerada como un fenómeno social y médico, puesto que alrededor del migrante interaccionan elementos de todo tipo, cuestiones de salud, educación, cultura, género, derechos humanos y económicos, por lo que su bienestar depende de la integración de metodologías, instituciones, leyes y organismos que resuelvan las principales problemáticas.

Referencias

- Albarracín, M. y Muñoz, L. (2008). Factores Asociados al Consumo de Alcohol en Estudiantes de los dos primeros años de la Carrera Universitaria. *Liberabit*, 14(14) 49-61.
- Alonso-Castillo, M. M., Álvarez-Bermúdez, J., López-García, K. S., Rodríguez-Aguilar, L., Alonso-Castillo, M. de J. y Angélica-Armendáriz N. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(1) 97-114. Recuperado de <http://revistainvestigacionenfermeria.javeriana.edu.co/files/111.pdf>
- Alvaré, L., Lobato, D., Melo, M., Torres, B., Luis, M. C. y González, I. (2011). Percepción del adolescente varón frente a las conductas sexuales de riesgo. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(3) 133-138.
- American Psychiatric Association [APA] (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. ed., Text rev.). Washington, DC, EE UU: Juan J. López-Ibor Aliño.
- American Psychological Association (2014). *Como comprender los trastornos por consumo de alcohol y su tratamiento*. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol.aspx>
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). *Structured relapse prevention: An outpatient counseling approach*. Toronto: Centre for

Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre.

Anton, F. A. y Espada, J. P. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes Universitarios. *Anales de Psicología*, 25(2) 344-350.

Arellanez, J. L. y Sanchez, R. (2008). Migración femenina a Estados Unidos y consumo de drogas. *Revista Digital Universitaria*.9 (8) 3xx-12xx.

Arias, P. (2011). Fiesta patronal en Transformación: Significado y Tensiones en las Regiones Migratorias. *Migración y Desarrollo*, 9(16) 147-180.

Arnau, L., Filella, G., Jariot, M. y Montané, J. (2011). Evaluación de un Programa de cambio de Actitudes con Preconductores para prevenir los accidentes de tráfico provocados por el alcohol en Cataluña. *Adicciones*, 23(3) 257-265.

Avila, Y. (2012). *Presencia Michoacana en el medio oeste. Abriendo Fronteras, uniendo comunidades*. Federación de clubes Michoacanos en Illinois.

Ayala, H., Echeverría, L., Sobell M. y Sobell, M. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta*

Comportamentalía: Revista Latina de Análisis del Comportamiento, 6(1)
71-93.

Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, L. y Gutiérrez, L. M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Porrúa. UNAM.

Babor, T. y Higgins-Biddle, J. C. (2001). Intervención Breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol. *Organización Mundial de la Salud*.

Baer, S., Marlatt, A., Kivlahan, D. R. Fromme, K., Larimer, M. & Williams, E. (1992). An experimental test of three methods of alcohol risk reduction whit young adults. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 60(6) 974-979. DOI: 10.1037/0022-006X.60.6.974.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall: New Jersey

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del interior.

Berenzon, S., Romero, M., Tiburcio, M., Medina-Mora, M. E. y Rojas, E. (2007). Riesgos Asociados al Consumo de Alcohol Durante el Embarazo en Mujeres Alcohólicas en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 30(1) 31-38.

- Blanch, A. y Alsinet, C. (2002). Taller de Salud: prevención del consumo de alcohol en educación secundaria. *Intervención Psicosocial*, 11(2) 255-263.
- Blum, L., Nielsen, N. & Riggs J. (1998). Alcoholism and Alcohol abuse among women: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of Women's Health*, 7(7) 861-871.
- Blümel, J. E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H. y Sarrá, S. (2004). Índice de Función Sexual Femenina: Un Test para Evaluar la Sexualidad de la Mujer. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecologica*, 69 (2) 118-125.
- Borges, G., Breslau, J., Orozco, R., Tancredi, D. J., Anderson, H., Aguilar-Gaxiola, S., Medina-Mora, M. E. (2011). A Cross National Study on Mexico-US Migration, Substance Use and Substance Use Disorders. *Drug Alcohol Depend*, 117(1) 16-23.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Fleiz, R., Cherpitel, C. y Breslau, J. (2008). The Mexican Migration to the United States and Substance Use in Northern Mexico. *Addiction*, 104(4) 603-611. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02491.x. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2782571/>
- Caballero, M., Leyva-Flores, R., Ochoa-Marín, S. C. Zarco, A. y Guerrero, C. (2008). Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud Pública de México*, 50(3) 241-250.

Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.

Cabral, J., Cruz, C., Ramos, U. y Ruiz, P. (2012). *Atlas de las ITS. Manifestaciones Clínicas, Diagnóstico y Tratamiento. Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de new.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=106&Itemid=329

Calsyn, D., Baldwin, H., Niu, X., Crits-Christoph, P. & Hatch-Maillette, M. A. (2011). Sexual Risk Behavior and sex under the influence: And Event Analysis of men in Substance Abuse Treatment Who Have Six Whit Women. *The American Journal on Addictions*, 20 250-256. doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00123.x

Canino, G., Vega, W., Sribney, W., Warner L. & Alegría (2008). Social Relationships, Social Assimilation, and Substance-Use Disorders among Adults Latinos in U.S. *National Institute Of Health*. 38(1) 69-101.

Castaño, V. y Martínez, P. (2011). *Una Mirada de Género sobre el consumo de alcohol y otras drogas en las mujeres inmigrantes*. España: Fundación Atenea.

Censo Nacional para la prevención y el control del VHI y el SIDA [CENSIDA] (2013). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México*

Registro Nacional de Casos de VIH/SIDA actualización al cierre de 2013.
Recuperado de
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_CIERRE_2013.pdf

Chávez, A. M. y Landa, R. A. (2008). Condiciones de Migración Internacional de Mujeres (Mexicanas y Centroamericanas) en su Traslado Hacia el Norte de México. *Instituto Nacional de la Mujer. Dirección General de Desarrollo y Evaluación Estadístico*. Universidad Nacional Autónoma de México: México. Recuperado de
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/migracion.pdf

Chiarotti, S. (2003). La trata de mujeres: sus conexiones y desconexiones con la migración y los derechos humanos. *Centro latinoamericano y caribeño de demografía- división de población (CELADE)*. Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/12554/lcl1910-p.pdf>

Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADI) (2011). *Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011-2012*. Recuperado de
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf

Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2000). *Migración Internacional. Mujeres en la migración a Estados Unidos*. México: CONAPO

Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2008). *Migración y Salud. Latinos en Estados Unidos*. México: CONAPO

Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA) (2006). *Las cifras del SIDA en México al 15 de noviembre de 2006*. Recuperado de www.salud.gob.mx/conasida/

Cruz, A. B., Luna, Y. C., Méndez, M. Y., Muñoz, T. J., Nava, A. G., Adán, M. R., Rodríguez, A., Reséndiz, G., Rocío, R. y Maldonado, M. I. (2011). Factores Asociados al Consumo de Alcohol en Estudiantes de Ingeniería Civil. *Psicología y Salud*, 21(2) 265-271.

Cruz, C., Ramos, U. y González, A. (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y Tratamiento de las ITS. Dirigido a personal de servicios de salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud A. C.

Current Population Survey [CPS], (2010). Recuperado de <http://www.census.gov/cps/>

Daniel-Ulloa, J., Reboussin, B. A., Gilbert, P. A., Mann, L., Alonzo, J., Dowson, M. & Rhodes, S. D. (2014). Predictors of Heavy Episodic Drinking and Weekly Drunkenness Among Inmigrant Latinos in North. *American Journal of Men's Health*, 1(10) 1-10. doi: 10.1177/1557988313519670.

Diénguez, J. L., López A., Sueiro, E. y López, F. (2005). Propiedades Psicométricas de la escala de actitudes hacia la Sexualidad (ATSS) ampliada. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría Enlace*, (76) 46-56.

Domínguez, R. (2011). El fenómeno migratorio desde una perspectiva global; entendimiento y apuestas teóricas. *Escenarios XXI*. 2(11) 26-44. Recuperado de <http://escenarios21.com/2011/0083.html>.

Dotinga, A., Van Den Eijnden, R., San José, B., Garretsen, H. Bosveld, W. (2002). Alcohol y Emigración; Los Problemas de Medición en la Investigación Sobre el consumo de Alcohol entre Migrantes Marroquíes y Turcos. *Adicciones*, 14(1) 261-278.

Duke, M. & Gómez, F. J. (2009). The effects of problem drinking and sexual risk among Mexican migrant workers on their community of origin. *National institutes of health public access*. 68(3) 328-344. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2823088/>

Durand, J. y Arias, P. (1994). Más allá de la línea. Patrones migratorios entre México y Estados Unidos. México: CONACULTA

Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, L., Tiburcio, M. & Ayala, V. E. (2007). *Manual de detención temprana e intervención breve para bebedores problema*. Mexico: Conadic.

Ehrenzweig, Y., Malvan, M. L. y Acosta, E. A. (2013). Conocimiento sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou. *Psicología y Salud*, 23(2) 161-169.

Encuesta Nacional de Adicciones (2011). *Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS.pdf

Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) (2008). *Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf

Errazuriz, C., Pedersen, D., Huayllasco, E., Calderón, D., Gamarra, J., Mendoza, M. y Piazza, M. (2007). *Abuso de alcohol, pautas para la intervención en la atención primaria de salud*. Lima: Instituto de Investigación y Promoción de desarrollo y Paz de Ayacucho, Universidad de McGill, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Escobar, J. y Bonilla-Jiménez, F. I. (2009). Grupos Focales: Una Guía Conceptual y Metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1) 51-67.

Espada, J.P., Quiles, M. J. y Méndez, F. X. (2006). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85) 29-36.

Fajardo, M., Patiño M. I., y Patiño C. (2008). Estudios actuales sobre aculturación y estudios en inmigrantes: revisión y perspectivas. *Revista Iberoamericana en Psicología: Ciencia y Tecnología*. (1) 39-50. Recuperado de <http://www.iberoamericana.edu.co/app/Docs/PSIN1V1ART4.pdf>

Fernández, E. (2009). Deportados, locos, drogas y muertos: el impacto del retorno de los migrantes indeseados en las mujeres. *Ide@s CONCYTEC*, 4(44) 136-159.

Flórez-Alarcón, L. y Vélez-Botero, H. (2010). Efecto de la Sensibilización Pretest en una Intervención de Prevención Selectiva del Abuso Alcohólico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1) 21-35.

Gallegos, E., Villaruel, A., Loverand-Cherry, C., Ronis, D. y Zhou, Y. (2008). Intervención para disminuir el riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorio y controlado. *Salud Pública de México*. 50(1) 59-66. Recuperado en http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2008/Enero%20Febrero%20/6-reducir.pdf

Gantiva, C. A., Bello, J., Vanegas, E. y Sastoque, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas mal adaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2) 362-374.

Ganvita, C. A., Gómez C. y Flórez, L. E. (2003). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento para

personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*, (12) 38-48. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/804/80401204.pdf>

García, M. y Tarrío, M. (2008). *Migración Irregular Centro América. Las Tensiones Entre Derechos Humanos, Ley y Justicia. Migraciones en el Sur de México y Centro América*. México: Porrúa.

García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P. y Cuesta, M. (2012), Salud y Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1) 79-87.

Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., Simons-Morton, B., Reis, M. & Ramiro, L. (2008). Communication and Information About "Safer Sex": Intervention Issues Within Communities of African Migrants Living in Poorer Neighborhoods in Portugal. *Journal of Poverty*, 12(3) 333-349.

Goncalves, S., Castella, J. y Sandra, M. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2) 161-166.

Góngora, J. y Leyva, M. A. (2005). El alcoholismo desde una perspectiva de género. *El cotidiano*. 20(132) 84-91.

González, M. A., Becker-Dreps, S., De la Sierra, L. A., York, P., Gardner, S., González, M. L., Grey, M. A., Olivares, J. C., Robinson, S. S. y Yehieli, M. (2008). Salud Migrante. Propuesta de un seguro binacional de salud. *Perspectivas en Salud Pública. Sistemas de salud*, 1(1) 51-58. Recuperado de [http://www.ucilmsa.org/Salud%20migrante%20-%20propuesta%20de%20un%20seguro%20binacional%20de%20salud%20\(Block%20et%20al.\).pdf](http://www.ucilmsa.org/Salud%20migrante%20-%20propuesta%20de%20un%20seguro%20binacional%20de%20salud%20(Block%20et%20al.).pdf)

Guardía, J. (Ed.) (2008). *Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. España: SOCIDROGALCOHOL. Recuperado de http://ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf

Harris, N., Dean, H. & Fleming, P. L. (2005). Characteristics of Adults and Adolescents Who Have Migrated from Place of AIDS Diagnosis to Place of Death, United States, 1993-2001. *AIDS Education and Prevention*, 17 Sup. B, 39-48.

He, N., Zhang, J., Yao, J., Tian, X., Zhao, G., Jiang, Q. & Detels, R. (2009). Knowledge, Attitudes, and Practices of Voluntary HIV Counseling and testing among Rural Migrants in Shanghai, China. *AIDS Education and Prevention*, 21(6) 570-581.

Hernández, Z. E. y Cruz, A. (2008). Conductas sexuales riesgosas y adictivas en el estudiante universitario. *Psicología y Salud*, 18(002) 227-236.

Hernández-Rosete, D., Sánchez, G., Pelcastre, B. y Juárez, C. (2005). Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender entre la violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud Mental*, 28(5), 20-27.

Herrera, G., García, A., Nieto, D. y Aréstigui, G. (1997). *Historia de Nuestro Tiempo*. México: Trillas.

Hidalgo, I., García F., Flores, A. (2008). Aquí y en el otro lado. Los significados socioculturales de la sexualidad y sus implicaciones en la salud sexual en los migrantes mexicanos. *Migraciones internacionales*, 4(003), 27-50. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-89062008000100002&script=sci_arttext

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *Estadísticas a propósito del día internacional del migrante*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/migrante0.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública (2011). *Fronteras y Salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, Violencia Sexual y Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de http://umys.insp.mx/docs/publicaciones/Fronteras_America.pdf

Insúa, P. y Grijalvo, J. (2000). Programa de Reducción de Riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papeles del Psicólogo*, (77) 33-45.

International Organization for Migration (IOM) (2013). *International Migration, Health and Human Rights*. Recuperado de http://www.who.int/hhr/activities/en/intl_migration_hhr.pdf

Jiménez, S. L., Andrade, P., Palacios, J. R. y Betancour, D. (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgos en jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 9(2) 147-162.

Kiepek, N. (2008). Interactions Between Substance Use and Sexual Behaviors for Women Receiving Alcohol and Others Drugs Services. *New Zealand Journal of Psychology*, 37(1)1 49-55.

Kristen, B. (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Centre for Substance Abuse Treatment. Rockville: US Department of Health and Human Services.

Kupersztoch, J. (2007). Prioridades en salud para la acción social de mexicanos en el extranjero. *Salud Pública de México*, 49(número especial 1) E11-E13.

Lawton, K. (1999). *Brief Interventions and brief therapies for substance abuse*. U. S.: Department of Health and Human Services.

Lefio, L. A., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P. y Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de Alcohol y otras Drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(4) 257-266.

Levensky, E. Kersh, B. Cabasos, L. y Books, A. (2008). Motivation interviewing. En O'Donohue, W. & Ficher, J. (Eds.). *Cognitive Behavior Therapy*. (pp 355-366). United States of America: John Miley \$ Sons, Inc.

Liu, Z., Zhu, M., Dib, H., Li, Z., Shi, S. y Wang, Z. (2011). RH Knowledge and Service Utilization Among Unmarried rural-to-urban Migrant in three major Cities, China. *School of Public Health*, 11-74, doi: 10.1186/1471-2458-11-74.

Llorens, N., Perelló, M. y Palmer, A. (2004). Estrategias de Afrontamiento: Factores de Protección en el Consumo de Alcohol, Tabaco y Cannabis. *Adicciones*, 16(4) 67-77.

López, N., Vera, L. M. y Orozco, L. C., (2001). Diferencias en los Conocimientos, Actitudes y Comportamientos Sexuales Relacionados con el SIDA, entre Hombres y Mujeres Jóvenes de Bucaramanga. *ColombiaMedica*, 32(1) 32-40.

- López-Vélez, R., Navarro, M. y Jiménez, C. (2007). *Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- Loury, S. & Kulbok, P. (2007). Correlates of Alcohol and Tobacco use Among Mexican Immigrants in Rural North Carolina. *Family & Community Health*, 30(3) 247-256.
- Lozano, C., Sobell L. y Ayala H. A. (2002). Diseminación del modelo de tratamiento Autocambio dirigido para bebedores excesivos de alcohol, en instituciones de salud de México. *Revista latinoamericana de Psicología*. 34(003) 259-270.
- Luego, M. A., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J. A. (2001). *La prevención de recaídas en el consumo de drogas: análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo Proyecto Hombre*. Santiago: Compostela
- Magis-Rodríguez, C., Gayet, C., Negroni, M., Leyva, R., Bravo-García, E., Uribe, P. y Bronfman, M. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an Overview Based on Recent Evidence. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 37(sup. 4) S215-S226.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C. & Sykes, M. (2005). *Health Psychology. Theory, Research and Practice*. Second Edition. SAGE: U.S.

Martínez, K. I., Pedroza, F. J., Salazar, M. L. y Vacio, M. A. (2010). Evaluación experimental de dos intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol de adolescentes. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 36(3) 35-53.

Miller, P. J., Ross, S. M., R. Y., Emmerson & Todt, E. H. (1987). *Self-efficacy in alcoholics: Clinical Validation of the Situational Confidence Questionnaire*. Submitted for publication.

Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing. Preparing people to change Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *La Prevención de la Infección del VIH/SIDA en la Población Inmigrante*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/prevencionVIH_SIDAPoblacionInmigrante06.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Prevención de los problemas derivados del alcohol, Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España*. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>

- Moctezuma, M. (2011). *La transnacionalidad de los sujetos dimensionales, metodologías y prácticas convergentes de los migrantes en Estados Unidos*. México: Porrúa, UAZ.
- Molina, P., Odio, D., Duarte, L. y Guevara, N. (2009). Conducta Riesgosa y Consumo de Alcohol. *Wimblu*, 4(1) 41-52. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/1594>
- Monteiro, K. A. & Pedlow, T. (2011). *Impact of Family History of Alcohol Abuse on Current Alcohol, Substance, and Tobacco Use and Sexual-Risk Behavior in College Students*. American Psychological Association Conventions Presentations. Topic: 76 Substance Abuse.
- Monteiro, M. G. (2007). *Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un paso para la adicción*. México: OPS [Versión Adobe Reader]. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf>
- Moya, J. y Finkelman, J. (2007). La migración México-Estados Unidos en el Contexto de Salud Global. *Salud Pública de México*, 49(número especial 1) E4-E7.
- Natera, R., Juárez, F., Medina-Mora, I. y Tiburcio, M. (2007). La Depresión y su Relación con la Violencia de Pareja y el Consumo de Alcohol en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2) 175-179.

Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. A., Bejarano-Arias, R. M., Alcalde-Rabanal, J. E., Bonilla-Fernández, P. (2009). Análisis de las alternativas de los migrantes Mexicanos en Estados Unidos de América para Atender los Problemas de Salud. *Salud Pública de México*, 51(5) 407-416.

Novoa, M.I., Castedo, A. y Sueiro, E. (2009). *Cambio en las conductas sexuales. Estudio preliminar*. Actas do X Congreso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho.

O'Donohue, W. & Fisher, J. (2008). *Cognitive Behavior Therapy. Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Obregón, N., Martínez, T., Rivera, M. E. y Cervantes, E. I. (2012). Sucesos estresantes, salud mental y posicionamiento de género en las mujeres de comunidades de Michoacán ante la migración familiar. En Martínez, D. T. (Ed.), *Caleidoscopio migratorio. Un diagnóstico de la situación Migratoria actual, en el Estado de Michoacán, desde distintas perspectivas disciplinarias* (69-112). Michoacán: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Zacatecas, Consejo nacional de Ciencia y Tecnología y Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología.

Organista, K. C. & Ehrlich, S. F. (2008). Predictors of Condom Use in Latino Migrant Day Laborers. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 30(3) 379-397, doi: 10.77/0739986308320881.

Organización de las Naciones Unidas (2005). *Mujeres Migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades*. Recuperado de <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/23789/P23789.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>

Organización Internacional para Migraciones (OIM) (2010). *Cifras Migración internacional*. Recuperado de <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/facts-and-figures/lang/es/>

Organización Mundial de la Salud (2001). *Intervención Breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol. Un Manual para la Utilización en Atención Primaria*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2011a). *Alcohol*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Organización Mundial de la Salud (2014). *Alcohol*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>

Organización Mundial de la Salud (7 de abril del 2008). *Salud de los migrantes*. Informe de la secretaría. 61ª asamblea mundial de la salud. Punto 11.9 del orden del día provisional.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Definición del alcoholismo OMS*. Recuperado de <http://informe-alcohol.blogspot.mx/2009/04/definicion-de-alcoholismo-oms.html>

Organización Mundial de la Salud. (2011b). *Riesgos para la salud en jóvenes*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2011c). *Infecciones de Transmisión Sexual*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Violencia contra la mujer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008). *Alcohol y atención primaria de la Salud. Información clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgo y problemas*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2007). *Alcohol, Género, Cultura y daño en las Américas*. [Versión PDF]. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/62338459/29/Anos-de-vida-ajustados-a-la-discapacidad-AVAD-atribuibles-al-alcohol>

Painter, T. (2008). Connecting The Dots: When the Risk of HIV/STD Infection Appear High But the Burden of Infection Is Not Know –The Case of Male Latino Migrants in the Southern United States. *AIDS Behavior*, 12 213-226. DOI 10.1007/s10461-007-9220-0

Palacios, R., Bravo, M. y Andrade, P. (2007). Consumo de alcohol y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *Psychology International*, 18(4) 42-55.

Parrado, E. & Flippen, C. (2010). Migration and Sexuality: a Comparison of Mexicans in Sending and Receiving Communities. *Journal of Social Issues*, 66(1) 175-195.

Pérez, M. L., Coppe, L., T., Pérez, y Trujillo, T. (2008). Mujeres Migrantes y Violencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades SOCIOTAM*, XVII(1) 229-250.

Pérez-Jiménez, D. y Orengo-Aguayo, R. (2012). Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23 48-61.

Piña, J. A. Robles, J. y Rivera, B. M. (2007). Predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas en estudiantes de educación superior: un análisis por género. *Acta colombiana de Psicología*, 12(1) 53-65.

- Polanco, G. y Jiménez, N. (2006). Familias Mexicanas Migrantes: Mujeres que esperan. *Psicología Iberoamericana*, 14(2), 53-56.
- Pulido, M. A., Ávalos, C., Fernández, J. C., García, L., Hernández, L. y Ruíz, A. K. (2013). Conducta Sexual de Riesgo en Tres Universidades Privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1) 25-32.
- Ramos, M. B. (2001). La mujer y el alcoholismo en México en el Siglo XIX. *Salud Mental*, 24(003) 24-28.
- Rivera, M. E. (2011). Panorama de la Conducta Suicida en la Población Migrante. Propuestas para su Intervención. En del Rio, J. H. (Ed.), *La Migración en México y su Impacto en la Vida Social de las Personas* (pp. 315-334). México: Universidad Anáhuac México Norte: AMIESIC
- Rivera, M. E., Obregón, N. y Cervantes, E. I. (2009). Recursos Psicológicos y Salud: Consideraciones para la Intervención con migrantes y su familia. En Lira-Mandujano, J. (Ed.), *Aportaciones de la Psicología a la Salud*. (225-254). México: Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. ISBN 978-607-00-2040-7
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., Rodríguez, M. L. y Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1) 60-71.

Rodríguez, A. y Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu08106.htm

Rodríguez, M. y Díaz-González, E. (2011). Relación entre la consistencia en el uso de condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1) 17-24.

Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. y Medina-Mora, M.E. (2011). Revisión Sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*. 34 351-365.

Salazar, I. C., Valera, M. T., Cáceres, D. y Tovar, J. R. (2006). El Consumo de Alcohol y Tabaco en Jóvenes Colombianos: Factores Psicosociales de Riesgo y Protección. *Psicología Conductual*, 14(1) 77-101.

Salgado, N., González, T., Bojorquez, L. e Infante, C. (2007). Vulnerabilidad Social, Salud y Migración México-Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 49(número especial 1) E8-E10.

Sánchez, J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo conductuales en problemas clínicos y de salud: metanálisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3) 641-654.

Sánchez, R., Arellanez, J. L. Pérez, V. y Rodríguez, S. E. (2006). Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Mental*. 29(001) 35-43.

Sánchez-Hervás, E. y Gradolí, V. T., (2002). Terapia Breve en la Adicción a las drogas. *Papeles del Psicólogo*. (83) 49-54.

Secades, R. y Fernández, J. R. (2001). Tratamientos Psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3) 365-380.

Secretaría de Salud (2009). *Enfermedades de transmisión sexual en el adolescente y adulto que produce úlceras genitales: herpes, sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/094_GPC_ETSadolescopyadulto/ENF_SEXUALES_EVR_CENETEC2.pdf

Secretaría de Salud (2012a). *Programa contra el Alcoholismo y el abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011-2012*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf

Secretaria de Salud (2012b). *Manual de Procedimientos Estandarizados para la vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA*. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf

Selten, J. P., Wierdsma, A., Mulder, N. & Buerger, H. (2007). Treatment Seeking for Alcohol and Drug Use Disorders by Immigrants to the Netherlands. *Society Psychiatry Epidemiology*, 42(4) 301-306. doi: 10.1007/s00127-007-0162-7

Skinner, H. A. & Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS): User's guide*. Toronto: Addiction Reserch Fundation of Ontario.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1993). *Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment*. New York: Guilford Press.

Sobell, L.C. & Sobell, M. B. (1992). Time Line Follow-Back: A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption, En R. Litten & J. Allen. (Eds.), *Measuring Alcohol Consumption. Psychosocial and Biochemical Methods, The Human Press, Inc*, p. 41-72.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2009). *Comunicación con los latinos (Tarjeta para La Cartera): Promoción de la línea telefónica directa para buscar tratamiento*. Recuperado de <http://store.samhsa.gov/product/Comunicaci-n-con-los-latinos-tarjeta-para-la-cartera-Promoci-n-de-la-l-nea-telef-nica-directa-para-buscar-tratamiento/SMA09-4465>

Szasz, I. (2000). Varones Mexicanos: Género, sexualidad y salud reproductiva. *Estudios Feministas*. 8(1) 186-194.

- Vargas, J. I., Moreno E. y Alonso, M. (2005). Patrones de Consumo de Alcohol en Trabajadores Industriales Mexicanos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2) 113-124.
- Vega, G. (2006). Efectos de la Migración Femenina hacia Estados Unidos: Una Perspectiva de Género. *Norteamérica*, 1(2) 39-75.
- Vega, V. (2006). Construcción de un Instrumento para la Medición de la Conducta Sexual en Adolescentes Femeninas: El CCS. *Interdisciplinaria*, 23(1) 47-79.
- Vega, W. A. & Sribney, W. M. (2008). Seeking Care for Alcohol Problems. En Delgado, M. (Ed.). *Alcoholism Treatment Quarterly* (pp. 21-51). Piscataway: Routledge Taylor & Francis Group.
- Velazquez, M., Sternberg, K., Johnson, D., Green, C., Carbonari, J. & Parsons J. (2009). Reducing sexual risk behaviors and alcohol use among HIV-positive men who have sex with men: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4) 657-667. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2575000/>
- Verma, R. K., Saggurti, N., Singh, A.K. & Swain, S. N. (2010). Alcohol and Sexual Risk Behavior among Migrant Female Sex Workers and Male Workers in Districts with high in-migration from four high VIH prevalence states in India. *AIDA Behavior*, 14 31-39. doi: 10.1007/s10461-010-9731-y

Waldstein, A. (2010). Popular Medicine and Self-Care in a Mexican Migrant Community: Toward and Explanation of an Epidemiological Paradox. *Medical Anthropology*, 29(1) 71-107. doi: 10.1080/01459740903517386. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20391159>

Wallace, S.P., Gutiérrez V.F. & Castañeda, X. (2008). Access to preventive services for adults of Mexican origin. *Journal of Immigrants Minor Health*, 10(4), 363-371. Recuperado de <http://papers.ccpr.ucla.edu/papers/PWP-CCPR-2006-056/PWP-CCPR-2006-056.pdf>

Wang, B., Li, X., Stanton, B. & McGuire, J. (2010). Correlates of HIV/AIDS Testing and Willingness to Test among Rural-to-Urban Migrants in China. *AIDS Behavior*, 14 891-903. doi: 10.1007/s10461-008-9482-1

Weiss, S. (2008). Review: Alcohol Use a Problems Among Inmigrants From the Former Soviet Union in Israel. *Sustance abuse*, 29(4) 5-17. doi: 10.1080/08897070802418444. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/23555156_Review_alcohol_use_and_problems_among_immigrants_from_the_former_Soviet_Union_in_Israel

Woolf-Kings, S. E. & Maisto, S. A. (2009). Alcohol Use and High-Risk Sexual Behavior in Sud-Saharan, Africa: A Narrative Review. *Archives of Sexual Behavior*, 40(1) 17-42. doi: 10.1007/s10508-009-9516-4. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19705274>

Worby, P. A. & Organista, K. C. (2007). Alcohol Use and Problem Drinking Among Male Mexican and Central American Im/migrant Laborers. A review of the literature. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 29(4) 413-455. doi: 10.1177/0739986307308765

Yang, X., Derlega, V. J. & Luo, H. (2007). Migration, Behaviour change and HIV/STD Risk in China. *AIDS Care*, 19(2) 282-288.

Yáñez, I., Sánchez M. A. y Conde, C. J. (2010). Efecto de la migración y del comportamiento sexual en la incidencia del VIH/SIDA entre migrantes mexicano. *Enfermedades infecciosas y Microbiología*, 31(3) 98-104. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=30899&IDPUBLICACION=3351&IDREVISTA=15>

Zúñiga, E., Arroyo, J., Escobar, A. y Verduzco, G. (2006). *Migración México Estados Unidos. Implicaciones y Retos para Ambos Países*. México: CONAPO-U de COLMEX.

ANEXOS

Anexo 1

FORMATO PARA EL JUECEO DEL INSTRUMENTO SOBRE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Posibles títulos del instrumento:

Instrumento de Salud Sexual

Cuestionario de Conductas, pensamientos y emociones asociados a las prácticas sexuales de riesgo

Observaciones y comentarios del título:

A continuación se muestra la estructura del instrumento y el ejemplo de la estructura de las preguntas y cómo se contestan, así como las instrucciones:

Ejemplo de la presentación de los reactivos:

	Siempre				Nunca
Cuando voy a una fiesta me resulta fácil conocer gente nueva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marcas el primer cuadro, significa que siempre realizas dicha conducta; si marcas el cuadro de en medio significaría que algunas veces te resulta fácil conocer gente nueva y otras no; y si marcas el último cuadro significa que nunca realizas dicha conducta.

Instrucciones

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cosas que la gente suele hacer con respecto a su salud. Por favor marca con una **X** el cuadro que mejor represente tu experiencia. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, y que la información que proporcionas es totalmente anónima y confidencial.

Las instrucciones, ¿son claras? Si ___ No ___

Observaciones: _____

A continuación encontrarán los reactivos que se incluyen en el instrumento, por favor marque con una X en el cuadro que considere corresponde al criterio que se pretende analizar, considerando que las conductas sexuales de riesgo son aquellas en las que el individuo se pone en constante riesgo de sufrir alguna lesión o enfermedad de trasmisión sexual, los cuales están divididos en las siguientes áreas de riesgo:

- No usar condón, los pensamientos, emociones y conductas en torno al uso del condón.
- Múltiples parejas sexuales, los pensamientos, emociones y conductas en torno a tener múltiples parejas.
- Uso anal y/o oral sin uso del condón, los pensamientos, emociones y conductas en torno al uso del condón.
- Consumo de alcohol o droga los pensamientos, emociones y conductas en torno al uso de alcohol o drogas.
- Conductas antecedentes a su primera relación sexual y su primera relación sexual, los pensamientos, emociones y conductas que se tenían en torno al sexo y su cuidado.

Por favor clasifique cada uno de los reactivos que se presentan a continuación de acuerdo a el área que usted considere corresponda, si tiene alguna observación del reactivo favor de anotarla en el espacio correspondiente.

Reactivo	No usar condón			Múltiples parejas sexuales			Uso anal y/o oral sin uso de condón			Consumo de alcohol o droga			Conductas antecedentes			Observaciones
	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas	
Tengo relaciones sexuales sólo con mi novio o pareja estable																
Cuando tengo relaciones sexuales utilizo condón																
Tener relaciones sexuales me hace sentir atractiva																
Le comunico a mi pareja sobre mi salud sexual																

Pienso que tener relaciones sexuales es la única forma de tener una conexión emocional con otras personas.																		
Les pregunto a mis parejas sin han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual																		
Creo que si le exijo a mi pareja que use condón puede pensar que soy una cualquiera																		
Siento que al usar condón no se siente igual																		

Instrucciones: por favor lee cada enunciado y elije la opción que mejor describa lo que pensabas o imaginabas que sería para ti tener relaciones sexuales por primera vez.

Las instrucciones, ¿son claras? Si__ No: ____

Observaciones: _____

Escala tipo likert de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

Reactivo	No usar condón			Múltiples parejas sexuales			Uso anal y/o oral sin uso de condón			Consumo de alcohol o drogas			Conductas antecedentes			Observaciones		
	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas			
Tener relaciones sexuales era un paso importante para mí																		
Me emocionaba la idea de tener relaciones sexuales																		
Sabía que era el condón																		
Conocía de las enfermedades de transmisión sexual que existen																		
Sabía cómo evitar un embarazo no deseado																		
Alguien me habló acerca de lo que pasa al tener relaciones sexuales																		

Platiqué con mi pareja antes de tener relaciones sexuales sobre una manera de cuidado sexual																				
Busqué asesoría acerca del sexo antes de iniciar mis relaciones sexuales																				
Alguien me habló acerca de las maneras de cuidarme y protegerme cuando tengo relaciones sexuales																				
Pensaba que tener relaciones sexuales iba a ser agradable																				
No pensaba nada respecto a tener relaciones sexuales																				
No era un tema importante para mí																				

Instrucciones: por favor lee cada enunciado y elije la opción que mejor describa cuando tuviste tu primera relación sexual.

Las instrucciones, ¿son claras? Si__ No: ____

Observaciones: _____

Escala tipo likert de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

Reactivo	No usar condón			Múltiples parejas sexuales			Uso anal y/o oral sin uso de condón			Consumo de alcohol o drogas			Conductas antecedentes			Observaciones				
	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas	Pensamientos	Emociones	Conductas					
Sentí que mi pareja me quería																				
Sentía amor hacia mi pareja por eso tuve relaciones con él																				
Me sentí obligada a hacerlo																				
Consumí alcohol para sentirme más relajada																				
Consumí alguna droga para sentirme más relajada (ejemplo: marihuana, cocaína, heroína, éxtasis)																				
Me sentí entendida por mi pareja																				
Mi pareja me amenazó con dejarme si no lo hacía																				

Anexo 2

Inventario de Salud Sexual

Folio _____

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con la salud de las mujeres, por favor lee con cuidado y de la manera más sincera posible contéstalas, la información que proporcionas es anónima y solo se utilizará para propósitos de investigación.

1. Edad _____
2. Estado civil _____
3. Número de hijos _____
4. Último grado de estudios _____
5. Ocupación _____ Tiempo completo _____ Medio tiempo _____
6. ¿Has vivido en el extranjero? Si _____ No _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
7. ¿Alguno de tus familiares ha migrado a otro país? Si _____ No _____

Señala los familiares que han migrado:

<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	Hermanos
<input type="checkbox"/>	Abuelo	<input type="checkbox"/>	Abuela	<input type="checkbox"/>	Esposo
<input type="checkbox"/>	Hijos	<input type="checkbox"/>	Tíos	<input type="checkbox"/>	Primos
<input type="checkbox"/>	Sobrinos	<input type="checkbox"/>	Novio	<input type="checkbox"/>	Nietos

8. ¿Qué edad tenías cuando fue tu primera relación sexual? _____
9. ¿En qué país te encontrabas cuando tuviste tu primera relación sexual? _____
10. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? Número _____
11. De todas las parejas sexuales que has tenido, ¿con cuántas has tenido relaciones sexuales sin usar condón? Número _____
12. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos 12 meses? _____

		SI	NO
13	¿Te has realizado la prueba del VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	¿Has tenido que hacerte una prueba de embarazo en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	En tu primera relación sexual, ¿usaste condón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	¿En tu última relación sexual usaste condón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	¿Te has realizado pruebas para detectar alguna enfermedad de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones: A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cosas que la gente suele hacer con respecto a su salud sexual. Por favor marca con una **X** el cuadro que mejor describa lo que haces normalmente. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, y que la información que proporcionas es totalmente anónima y confidencial.

Ejemplo:

	Siempre				Nunca
Cuando voy a una fiesta me resulta fácil conocer gente nueva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marcas el primer cuadro, significa que siempre realizas dicha conducta; si marcas el cuadro de en medio significaría que algunas veces te resulta fácil conocer gente nueva y otras no; y si marcas el último cuadro significa que nunca realizas dicha conducta.

	Siempre				Nunca
1 Tengo relaciones sexuales sólo con mi novio o pareja estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Cuando tengo relaciones sexuales utilizo condón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Cuando inicio una nueva relación, le comunico a mi pareja sobre mi salud sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Me siento segura usando condón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 He tenido relaciones sexuales sin protección en estado de ebriedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Cuando consumo alcohol tengo relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Hablo con mi pareja sobre sus antecedentes sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Me aseguro que mi pareja no tenga enfermedades de transmisión sexual antes de tener relaciones sexuales con él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Cuando consumo alguna droga, tengo relaciones sexuales sin protección (ejemplo: Marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Cuando tengo prácticas sexuales anales, utilizo condón <small>** (Contesta solo si has realizado dicha práctica)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Cuando tengo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol me siento más cómoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Tengo relaciones sexuales para cumplir mi deseo, sin importar si es mi pareja estable o no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Cuando tengo prácticas sexuales orales, utilizo condón <small>** (Contesta solo si has realizado dicha práctica)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Cuando salgo de fiesta y consumo bebidas alcohólicas, es común que tenga relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Utilizo condón durante las relaciones sexuales cuando son parejas ocasionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 No uso condón cuando la persona con quien tengo relaciones me piden que no lo use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 He tenido relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 18 Con las parejas ocasionales evito las prácticas sexuales orales
- 19 Tengo relaciones sexuales para sentirme aceptada
- 20 Me resulta fácil tener relaciones sexuales con alguien que acabo de conocer
- 21 Tengo prácticas sexuales orales
- 22 Con las parejas ocasionales evito las prácticas sexuales anales
- 23 Después de tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, me siento mal por haberlo hecho en ese estado
- 24 He tenido relaciones sexuales sin usar condón después de haber consumido alguna droga (ejemplo: Marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, etc.).
- 25 Tengo prácticas sexuales anales
- 26 Cuando tengo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol me siento más liberada
- 27 Pienso que tener relaciones sexuales es la única forma de tener una conexión emocional con otras personas.
- 28 Les pregunto a mis parejas si han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual
- 29 Pienso que si le exijo a mi pareja que use condón puede pensar que soy una cualquiera
- 30 Pienso que al usar condón no se siente igual
- 31 Pienso que si le exijo a mi pareja que use condón puede pensar que no le tengo confianza

Instrucciones: por favor lee cada enunciado y elije la opción que mejor describa lo que tú sabías y pensabas antes de tener relaciones sexuales por primera vez.

- | | Totalmente de acuerdo | | | | Totalmente en desacuerdo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Tener relaciones sexuales era un paso importante para mí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Me emocionaba la idea de tener relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Ya sabía cómo usar el condón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Tenía conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Sabía cómo evitar un embarazo no deseado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Alguien me habló acerca de lo que pasa al tener relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Platiqué con mi pareja antes de tener relaciones sexuales sobre una manera de cuidado sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Busqué asesoría acerca del sexo antes de iniciar mis relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 9 Alguien me habló acerca de las maneras de cuidarme y protegerme cuando tuviera relaciones sexuales
- 10 Pensaba que tener relaciones sexuales iba a ser agradable
- 11 No pensaba nada respecto a tener relaciones sexuales
- 12 Tener relaciones sexuales no era un tema importante para mí

Instrucciones: por favor lee cada enunciado y elije la opción que mejor describa cuando tuviste tu primera relación sexual.

- | | Totalmente de acuerdo | | | | Totalmente en desacuerdo |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Sentí que mi pareja me quería | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Sentía amor hacia mi pareja por eso tuve relaciones con él | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Me sentí presionada a hacerlo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Consumí alcohol para sentirme más relajada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Consumí alguna droga para sentirme más relajada (ejemplo: marihuana, cocaína, heroína, éxtasis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Me sentí entendida por mi pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Mi pareja me amenazó con dejarme si no lo hacía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autorizo que la información aquí proporcionada sea utilizada con fines académicos y de investigación, estando al tanto de que se guardara por completo en anonimato mis datos.

Firma

ANEXO 3

A continuación se muestran los reactivos que se eliminaron posterior a la aplicación de la prueba t de Student, los cuales están marcados de un color más oscuro.

Prueba t para muestras independientes, de la primera dimensión del Inventario de Salud Sexual: reactivos 1-39					
Reactivo	F	Sig.	T	Gl	Sig. Birateral
1.Tengo relaciones sexuales solo con mi novio o pareja estable	2.8	.11	- -.96	22	.35
2. Cuando tengo relaciones sexuales utilizo condón	15.6	.00	- 2.36	22	.03
3. Cuando inicio una nueva relación, le comunico a mi pareja sobre mi salud sexual	11.3	.00	- 4.36	22	.00
4. Me siento segura usando condón	20.9	.00	- 1.92	22	.07
5. He tenido relaciones sexuales sin protección en estado de ebriedad	7.6	.01	- 2.12	22	.05
6. Cuando consumo alcohol tengo relaciones sexuales	2.1	.17	- 4.66	22	.00
7. Hablo con mi pareja sobre sus antecedentes sexuales	1.2	.29	- 3.39	22	.00
8. Me aseguro que mi pareja no tenga enfermedades de transmisión sexual antes de tener relaciones sexuales con él	1.6	.22	- 2.36	22	.03
9. Cuando consumo alguna droga, tengo relaciones sexuales sin protección (ejemplo: Marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	10.2	.00	- 1.44	22	.16
10. Cuando tengo prácticas sexuales anales, utilizo condón **(Contesta solo si has realizado dicha práctica)	3.0	.10	- 2.92	22	.01
11. Cuando tengo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol me siento más cómoda	3.8	.06	- 4.53	22	.00
12. Tengo relaciones sexuales para cumplir mi deseo, sin importar si es mi pareja estable o no	1.6	.22	- -.14	22	.89
13. Cuando tengo prácticas sexuales orales, utilizo condón **(Contesta solo si has realizado dicha práctica)	.5	.48	- .20	22	.85
14. Cuando salgo de fiesta y consumo bebidas alcohólicas, es común que tenga relaciones sexuales	13.2	.00	- 2.97	22	.01
15. Utilizo condón durante las relaciones sexuales cuando son parejas ocasionales	1.8	.20	- 6.43	22	.00
16. No uso condón cuando la persona con quien tengo relaciones me piden que no lo use	.0	.92	- -.20	22	.85

17. He tenido relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica	2.5	.12	- - 2.29	22	.03
18. Con las parejas ocasionales evito las prácticas sexuales orales	4.0	.06	- - 2.28	22	.03
19. Tengo relaciones sexuales para sentirme aceptada	1.5	.23	- -.60	22	.56
20. Me resulta fácil tener relaciones sexuales con alguien que acabo de conocer	19.7	.00	- - 2.28	22	.03
21. Tengo prácticas sexuales orales	.2	.65	- - 2.68	22	.01
22. Con las parejas ocasionales evito las prácticas sexuales anales	2.6	.12	- - 3.60	22	.00
23. Después de tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, me siento mal por haberlo hecho en ese estado	2.5	.13	- - 1.05	22	.30
24. He tenido relaciones sexuales sin usar condón después de haber consumido alguna droga (ejemplo: Marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, etc.).	30.3	.00	- - 1.89	22	.07
25. Tengo prácticas sexuales anales	.2	.68	- - 3.27	22	.00
26. Cuando tengo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol me siento más liberada	14.3	.00	- - 2.96	22	.01
27. Pienso que tener relaciones sexuales es la única forma de tener una conexión emocional con otras personas.	6.7	.02	- - 1.11	22	.28
28. Les pregunto a mis parejas sin han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual	.0	1.00	- - 5.36	22	.00
29. Pienso que si le exijo a mi pareja que use condón puede pensar que soy una cualquiera	2.7	.11	- -.78	22	.44
30. Pienso que al usar condón no se siente igual	.5	.47	- -.91	22	.37
31. Pienso que si le exijo a mi pareja que use condón puede pensar que no le tengo confianza	48.2	.00	- - 2.24	22	.04

Prueba t para muestras independientes, de la segunda dimensión del Inventario de Salud Sexual:
reactivos 1-12

Reactivo	F	Sig.	T	GI	Sig. Birateral
1. Tener relaciones sexuales era un paso importante para mí	26.1	.00	- -2.77	22	.01
2. Me emocionaba la idea de tener relaciones sexuales	2.1	.16	- -2.35	22	.03
3. Ya sabía cómo usar el condón	1.7	.21	- -2.24	22	.04

4. Tenía conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual	6.4	.02	-	22	.03
5. Sabía cómo evitar un embarazo no deseado	32.6	.00	-	22	.00
6. Alguien me habló acerca de lo que pasa al tener relaciones sexuales	10	.00	-	22	.00
7. Platiqué con mi pareja antes de tener relaciones sexuales sobre una manera de cuidado sexual	4.2	.05	-	22	.00
8. Busqué asesoría acerca del sexo antes de iniciar mis relaciones sexuales	0	1.0	-	22	.00
9. Alguien me habló acerca de las maneras de cuidarme y protegerme cuando tuviera relaciones sexuales	15	.00	-	22	.01
10. Pensaba que tener relaciones sexuales iba a ser agradable	0	.87	-	22	.44
11. No pensaba nada respecto a tener relaciones sexuales	.3	.61	-	22	.67
12. Tener relaciones sexuales no era un tema importante para mí	2.9	.10	-	22	.65

Prueba t para muestras independientes, de la tercera dimensión del Inventario de Salud Sexual:
reactivo 1-7

Reactivo	F	Sig.	T	GI	Sig. Birateral
1. Sentí que mi pareja me quería	1.3	.26	-	22	.49
2. Sentía amor hacia mi pareja por eso tuve relaciones con él	14.4	.00	-	22	.08
3. Me sentí presionada a hacerlo	1.3	.27	-	22	.57
4. Consumí alcohol para sentirme más relajada	6.9	.02	-	22	.24
5. Consumí alguna droga para sentirme más relajada (ejemplo:marihuana, cocaína, heroína, éxtasis)	.04	.00	-	22	.85
6. Me sentí entendida por mi pareja	5.6	.03	-	22	.12
7. Mi pareja me amenazó con dejarme si no lo hacía	2.6	.12	-	22	.52

ANEXO 4

A continuación se muestran los resultados de cada uno de los reactivos de acuerdo a su confiabilidad.

Estadísticos total-elemento					
Reactivos	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
CSR_2 Cuando tengo relaciones sexuales utilizo condón	79.02	353.491	.308	.761	.870
CSR_3 Cuando inicio una nueva relación, le comunico a mi pareja sobre mi salud sexual	78.57	333.934	.530	.717	.865
CSR_5 He tenido relaciones sexuales sin protección en estado de ebriedad	80.09	353.133	.255	.751	.872
CSR_6 Cuando consumo alcohol tengo relaciones sexuales	79.86	346.893	.399	.829	.868
CSR_7 Hablo con mi pareja sobre sus antecedentes sexuales	78.91	339.378	.475	.765	.866
CSR_8 Me aseguro que mi pareja no tenga enfermedades de transmisión sexual antes de tener relaciones sexuales con él	78.67	333.628	.522	.783	.865
CSR_10 Cuando tengo prácticas sexuales anales, utilizo condón ** (Contesta solo si has realizado dicha práctica)	79.74	341.142	.401	.638	.869
CSR_11 Cuando tengo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol me siento más cómoda	80.14	348.437	.425	.710	.868
CSR_14 Cuando salgo de fiesta y consumo bebidas alcohólicas, es común que tenga relaciones sexuales	80.28	356.344	.236	.838	.872
CSR_15 Utilizo condón durante las relaciones sexuales cuando son parejas ocasionales	78.43	326.600	.612	.770	.862
CSR_17 He tenido relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica	79.43	351.653	.259	.752	.872
CSR_18 Con las parejas ocasionales evito las prácticas sexuales orales	78.47	341.481	.367	.781	.870
CSR_20 Me resulta fácil tener relaciones sexuales con alguien que acabo de conocer	80.72	357.116	.327	.735	.870
CSR_21 Tengo prácticas sexuales orales	79.03	342.034	.434	.682	.868

CSR_22 Con las parejas ocasionales evito las prácticas sexuales anales	78.71	334.000	.436	.702	.868
CSR_25 Tengo prácticas sexuales anales	79.76	352.993	.293	.390	.871
CSR_26 Cuando tengo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol me siento más liberada	80.31	351.481	.370	.734	.869
CSR_28 Les pregunto a mis parejas sin han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual	78.98	326.263	.660	.809	.861
CSR_31 Pienso que si le exijo a mi pareja que use condón puede pensar que no le tengo confianza	80.55	365.760	.018	.609	.876
CSR_ANTE_1 Tener relaciones sexuales era un paso importante para mí	78.07	350.416	.262	.620	.872
CSR_ANTE_2 Me emocionaba la idea de tener relaciones sexuales	78.62	348.450	.339	.693	.870
CSR_ANTE_3 Ya sabía cómo usar el condón	78.60	337.858	.427	.762	.868
CSR_ANTE_4 Tenía conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual	77.81	343.279	.516	.808	.866
CSR_ANTE_5 Sabía cómo evitar un embarazo no deseado	77.93	331.574	.634	.803	.862
CSR_ANTE_6 Alguien me habló acerca de lo que pasa al tener relaciones sexuales	78.14	338.928	.496	.704	.866
CSR_ANTE_7 Platiqué con mi pareja antes de tener relaciones sexuales sobre una manera de cuidado sexual	78.69	330.920	.531	.817	.865
CSR_ANTE_8 Busqué asesoría acerca del sexo antes de iniciar mis relaciones sexuales	78.98	333.351	.513	.730	.865
CSR_ANTE_9 Alguien me habló acerca de las maneras de cuidarme y protegerme cuando tuviera relaciones sexuales	77.95	344.471	.386	.748	.869

Anexo 5

Guía semiestructurada para el grupo focal	
1.	¿Cómo es el consumo de alcohol en Estados Unidos?
2.	¿Qué es lo que se consume comúnmente en Estados Unidos?
3.	¿Dónde se consume?
4.	¿De qué manera se consume el alcohol, de forma abusiva o de forma esporádica?
5.	¿Cómo son las leyes acerca del consumo del alcohol?
6.	¿Existen diferencias entre consumir alcohol en Estados Unidos y México?
7.	¿Cómo se conocen hombres en Estados Unidos?
8.	¿Es común que las migrantes tengan parejas Mexicanas?
9.	¿En qué lugares es común que tengan relaciones sexuales las mujeres?
10.	¿Qué piensan sobre las enfermedades de transmisión sexual y la relación con las mujeres migrantes?
11.	¿El tema de la sexualidad se habla comúnmente? ¿En dónde?
12.	¿Dónde experimentan más libertad para conocer gente y relacionarse en México o en Estados Unidos?

Anexo 6

Caso 1: “Historia de una noche de antro”

En esta ocasión Mónica junto un grupo de cuatro amigas que conocía en la empresa dedicada a la pesca de la fresa en Stockton, California, planearon reunirse en el antro de moda de la localidad para pasar el rato, platicar y beber una copa. Mónica se alisto para la reunión, se puso un vestido que acababa de comprar y sus tacones favoritos pues la ocasión ameritaba para que pudiera conocer algunos chicos guapos, ya que meses antes había terminado con su pareja. La cita fue a las 9:00 pm, ella quedó de conducir su auto hasta la casa de una de sus amigas, pero antes de llegar, se detuvo en una tienda a comprar unas cervezas para el camino, ya que el alcohol que venden en los antros son caros, así que la costumbre era llegar al antro ya con unas copas encima y así no comprar tantos tragos. Llegaron a las 11:00pm al antro, ella ya había bebido 4 cervezas, por lo que su deseo de bailar y pasarla bien había aumentado. Paso un rato bailando con sus amigas y bebiendo unas copas de Whisky, cuando un grupo de chavos que se encontraba en la mesa de al lado les empezaron a mandar bebidas a las chicas. Mónica inmediatamente hizo contacto visual con un chavo que le gusto, por lo que lo invito a bailar, se fueron a la pista de baile y comenzaron a platicar, el chavo le siguió invitando unas copas y empezó a coquetear con ella. Al paso de los minutos, Mónica se sintió borracha y fue a sentarse con el chavo a su mesa, donde siguieron la plática, para posteriormente comenzar a besarse. Ella empezó a sentirse con mayor deseo con el chavo, por lo que decidió invitarlo a salir del antro para poder platicar más agusto, se salieron del antro, ella dejó a sus amigas ahí mientras ellas le repetían que se fuera que el chavo estaba guapo. Al salir del antro Mónica manejo a su casa, pues ahí tenía una botella de vodka que quería tomarse con el chavo. Al llegar a su casa y seguir bebiendo Mónica terminó teniendo relaciones sexuales con el chavo sin usar condón, ahí pasaron la noche y al día siguiente el chavo se fue del departamento de Mónica, ella le marcó a una amiga para contarle lo sucedido y comentarle que no sabía qué hacer porque no sabía si podía quedar embarazada.

Anexo 7

Caso 2: “Encuentro con una ex pareja”

Cierto día Amanda se encontraba haciendo las compras en un supermercado de los Chicago Illinois, mientras pasaba por la zona de las frutas se topó con Ernesto, un ex amante, así le llamaba ella ya que anteriormente había vivido un romance con él que había durado aproximadamente dos años por que él era un hombre casado y al ver que no dejaba a su esposa y que empezaba a salir con una compañera de trabajo, ella decidió dejarlo a pesar de que ella lo amaba mucho, pero sabía que él no iba a cambiar, todo el mundo le comentaba acerca de la vida sexual promiscua que él llevaba, pero para ella era demasiado complicado porque solo le gustaban los Mexicanos y en ese país no conocía a mucha gente, sus padres estaban en México y solo tenía algunos primos con lo que casi no tenía relación, por lo que la relación con él se hizo muy fuerte a pesar de que le decían que no era buen hombre. En ese encuentro en el supermercado, Ernesto se acercó a preguntarle cómo había estado y lo mucho que la extrañaba, le comentó que ya no dormía en la misma habitación que su esposa porque ella se enteró del romance con la secretaria y la invitó a un café para seguir conversando, ella por lastima no pudo negarse a pesar de que no quería y sentía el compromiso por que él la había apoyado mucho en aquel país. Se sentaron algunas horas a platicar mientras que Ernesto le recordaba de los buenos momentos que habían pasado juntos, a Amanda se le fue ablandando el corazón y avivando los recuerdos con él, el se ofreció a llevarla a casa, ella acepto, la estando ahí Ernesto le pidió pasar al departamento, ella no pudo negarse, tuvieron relaciones sexuales sin condón porque a él no le gustaba usarlo, después el se fue de la casa de Amanda. No volvió a verlo, solo se enteró que Ernesto había arreglado los problemas con su pareja. Meses después asistió a una fundación que apoya a las mujeres migrantes medicamente, en donde le practicaron un examen para detectar virus de papiloma humano, después de una semana la citaron para darle los resultado y comentarle que habían dado positivo y ahora tenía que someterse a un tratamiento para curarse.

Anexo 8

Intervención Cognitivo-conductual “Mujer Migrante, Enfrentando los Desafíos”

En el presente manual se describen las características teóricas en las que se fundamenta la intervención “*Mujer migrante... Enfrentando los desafíos*”, que está dirigida a mujeres que abusan del alcohol y tienen conductas sexuales de riesgo, así como el diseño de la misma, el procedimiento de las sesiones y las metas a cumplir.

Las intervenciones cognitivo-conductual con base en la evidencia científica, tienen como objetivo reducir el daño o el malestar provocado por alguna adicción o hábito de vida, de forma paulatina, éstas son efectivas por su carácter experimental, lo que significa que su diseño está sustentado en el método científico (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998; Secades y Fernández, 2001).

Las características de las intervenciones cognitivo-conductuales es que son de bajo costo y se aplican de manera breve, pueden ser desde una sesión hasta doce sesiones, buscan establecer una relación con el usuario sin agresión, sin juzgar, en donde la persona es proactiva, propositiva y su conducta es determinada en conjunto con las variables ambientales, como su historia de vida, y procesos cognitivos, uno de intereses de las intervenciones cognitivo-conductuales es identificar los problemas que se generan a partir de las conductas dañinas en etapas tempranas, y con esto evitar daños mayores, una de las ventajas es que sus efectos se ven reflejados inmediatamente y se ha comprobado que el mantenimiento de las conductas saludables son perdurables a través del tiempo (Lawton, 1999; OPS, 2008).

En el caso de las intervenciones cognitivo-conductuales que están dirigidas al consumo del alcohol, las que han tenido buenos resultados son las que están dirigidas a las personas que abusan del alcohol y que no presentan señales de dependencia al consumo, por lo que generalmente están diseñadas para detener el incremento del consumo de alcohol y sus estrategias están dirigidas a atender

la conducta de consumo, ya sea la abstinencia o la moderación. La meta del tratamiento es específico para cada usuario, el cual se determina a partir de su patrón de consumo, las consecuencias de su uso y el entorno del usuario, en el caso de la moderación del consumo de alcohol se recomienda que sean cuatro copas máximo por ocasión, esta decisión tiene que ser consensuada junto con el usuario en donde él sea el que decida su límite máximo, esto difiere en los sexos puesto que para la mujer la recomendación es de tres copas al día y en el hombre es de 4 copas por día, y controlar la frecuencia del consumo; como ejemplo, si la persona consume una vez a la semana no promover su aumento, al contrario reducir la cantidad de lo consumido por cada ocasión. (Ganvita, Gómez y Flórez, 2003; OPS, 2008; Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora, 2011).

En el caso de las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a las conductas sexuales de riesgo, su objetivo primordial es el de promover el sexo seguro, que pueden estar enfocadas a la prevención en niños y adolescentes, o a la población que ya tiene una vida sexual activa, principalmente buscan promover el uso de condón para prevenir las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y los embarazos no planeados (Alvaré, et al., 2011; Espada, Quiles y Méndez, 2003; Gallegos, Villaruel, Loverand-Cherry, Ronis y Zhou, 2008; García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012; Jiménez, Andrade, Palacios y Betancour, 2007; Pérez-Jiménez y Orengo-Aguayo, 2012; Robles, et al., 2006). Entre las intervenciones cognitivo-conductuales para población en riesgo se observa que el principal interés se centra en el desarrollo de habilidades sociales, de comunicación y entrenamiento en el uso correcto del condón y la reestructuración cognitiva acerca de la percepción sobre el uso del condón (Cruz, Ramos y González, 2011; Pulido, et al., 2013; Robles, et al., 2006; Velázquez, et al., 2009).

La intervención cognitivo-conductual *“Mujer migrante... Enfrentando los desafíos”* tiene como objetivo disminuir el consumo del alcohol y las conductas sexuales de riesgo en mujeres migrantes, busca que la mujer prevenga las situaciones de riesgo y disminuya o suspensa el consumo, con la intención de que tenga una vida sexual segura. Está constituida por ocho sesiones, distribuidas de

la siguiente manera: sesión de admisión, evaluación inicial, cinco sesiones de tratamiento, y una de seguimiento al mes, con una duración de 1 hora en cada sesión, impartida de manera semanal y de manera individual. Los criterios de inclusión son mujeres impactadas por el fenómeno migratorio en retorno, que tienen uso de alcohol con riesgo, sin indicadores de dependencia, con el interés en la abstinencia o la disminución del consumo de alcohol, y que hayan tenido prácticas sexuales de riesgo, que no padezcan trastornos psiquiátricos o dependencia al alcohol.

Tiene como base teórica explicativa la teoría cognitivo social de Bandura (1986) y utiliza como estrategia eje la entrevista motivacional (Levensky, Kersh, Cabasos & Books, 2008) y se utilizan técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de autocontrol, habilidades de comunicación asertiva y prevención de recaídas (Caballo, 1995; Sánchez, Rosa y Olivares, 1999).

La teoría cognitivo social propuesta por Bandura (1986) o también conocida como el aprendizaje vicario, explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue ciertas leyes, de manera que el aprendizaje tiene como base una relación triádica por factores cognitivos, ambientales y la conducta, los cuales interactúan constantemente y se determinan unos a otros. Dentro de este modelo, se retoma la autoeficacia como elemento cognitivo central para explicar la conducta y las respuestas que tiene el individuo ante los estímulos ambientales, que surgen de las experiencias negativas o positivas con las que se retroalimentó el individuo en el pasado y que determinan la forma en la que desarrollará determinadas actividades. La teoría cognitivo social también permite dar una explicación al comportamiento del usuario de drogas, desde el inicio, el mantenimiento y el abandono del consumo de drogas, indica que el inicio del consumo se da a partir del proceso de condicionamiento operante, dado que el consumo de alcohol se considera como un potente reforzador que fortalece la asociación estímulo-respuesta cuando es placentera, esto explica porque una vez que una persona inicia el consumo, se va a asentar y mantener su uso, en donde

influyen otras variables que modularán el comportamiento y constituirán la historia del aprendizaje, las cuales son el conjunto de factores ambientales e internos del individuo, lo que determinará si la persona volverá a consumir la droga o no (Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque, 2010) .

La propuesta de Bandura (1986) la constituyen tres conceptos que regulan el comportamiento, el primero son los procesos del condicionamiento clásico, el segundo son las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos y el tercero son los procesos cognitivos mediacionales que son aquellos que regulan la influencia del medio sobre el sujeto, la atención y percepción que presta la persona sobre los sucesos que ocurren a su alrededor y que le sirven para discriminar sobre su decisión de los futuros comportamientos de la persona. Es en este punto donde Bandura (1986) definirá la importancia del aprendizaje por medio de la observación, lo que el sujeto observa, a qué presta atención y lo que es importante para ponerlo en práctica en su vida y así adquirir o no el aprendizaje, si ésta reproducción de comportamiento resulta agradable para la persona la seguirá poniendo en práctica, si no proporcionan satisfacción disminuye la probabilidad de seguir reproduciendo dicho comportamiento en el futuro (Becoña, 2002).

La estrategia con la que se lleva a cabo la intervención *“Mujer migrante... Enfrentando los desafíos”* es bajo los postulados de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1991) el cual es un método psicosocial de la relación entre el terapeuta y el usuario, centrado en el cliente y directivo, en el que se busca que el terapeuta incremente la motivación en el usuario para que se logre el cambio en su conducta, a través de explorar y resolver la ambivalencia que le genera el participar en el tratamiento, utilizando técnicas para crear confianza y reducir resistencias como herramientas para trabajar con la decisión del cambio en el comportamiento. Esta estrategia originalmente fue desarrollada para el tratamiento de usuarios de abuso de alcohol, puesto que se observa la motivación como un proceso dinámico en el que están involucrados el terapeuta, el cliente y el medio ambiente y que es básica para que se dé el cambio. Se consideran como los

principales postulados de la entrevista motivacional los siguientes: los individuos tienen recursos internos propios para cambiar la conducta problemática, pueden iniciar y mantener un cambio de conducta si son conscientes de los beneficios del cambio y de las consecuencias y riesgos a los que se expone de no hacerlo. Es por esto que con la entrevista motivacional se busca que el terapeuta logre incentivar la motivación para el cambio en el usuario, fortalecer el compromiso con el cambio, hacer un plan de cambio y llevarlos a la acción, (Levensky, et al., 2008; Miller & Rollnick, 1991; OPS, 2008).

La intervención *“Mujer migrante... enfrentando los desafíos”* tiene como objetivo el desarrollo de diversos aspectos del individuo, como la adquisición de las habilidades sociales, de comunicación y de asertividad que sirven como herramientas para enfrentar las situaciones críticas de la vida y mejoran las relaciones interpersonales, así mismo en la adquisición de un nuevo repertorio de respuestas para las situaciones que le han generado conflictos con el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo, mediante el aprendizaje de conductas específicas que son practicadas e integradas al sujeto (Robles, et al., 2006). En el caso de las habilidades de asertividad se trabaja en la reducción de la ansiedad para enfrentar las situaciones conflictivas, la aplicación de esta técnica es muy amplia ya que las habilidades sociales son procesos adaptativos utilizados todo el tiempo, y es una técnica que puede emplearse a toda clase de conflictos que padezcan los individuos como inadecuaciones sociales, ansiedad, angustia y fobias (Caballo, 1995).

Otra de las técnicas que se emplea en la intervención es la reestructuración cognitiva, la cual es muy utilizada en la terapia cognitivo-conductual, la cual consiste en que el usuario identifique y cuestione sus esquemas de pensamientos desadaptativos e irracionales antes, durante y después de una situación que le genera ansiedad y estrés, con el objetivo de que el usuario cambie estos pensamientos por pensamientos racionales y se sustituyan por otros más adaptativos, este cambio se da mediante la búsqueda de afirmaciones funcionales que el usuario encuentre como mejores para enfrentar las situaciones de conflicto,

así mismo se espera que el usuario identifique las emociones que estos pensamientos irracionales le generan para que pueda enfrentar el estrés y la ansiedad ante las situaciones conflictivas (O'Donohue & Fisher, 2008).

El entrenamiento en habilidades de autocontrol es otro de los componentes a desarrollar dentro de la intervención, que constan de un conjunto de técnicas cuyo objetivo es enseñar a las personas estrategias para controlar y modificar su propia conducta en distintas situaciones, con el fin de alcanzar metas a largo plazo, observando al individuo como director de su propio comportamiento, utilizando los autorregistros para que el individuo observe su propia conducta y tome conciencia de su problemática y se responsabilice para que sea capaz de tomar decisiones y solucionar los problemas de manera que se sienta autoeficaz (Sánchez, et al., 1999).

Y por último, se empleará el modelo de prevención de recaídas, cuyo objetivo es anticipar las recaídas pudieran ocurrir en un futuro, se considera recaída a un proceso influido por elementos cognitivos, contextuales, de factores predisponentes y de las reacciones subsecuentes a la primera vez que se realiza una conducta de riesgo que se había mantenido en la abstinencia o un periodo de moderación (Luego, Romero y Gómez-Fraguela, 2001). El modelo de prevención de recaídas se emplea para trabajar con la ansiedad del usuario ante la posibilidad de recaer en las conductas de riesgo, en donde se enseña que las recaídas solo son un punto de aprendizaje dentro del proceso de la meta establecida, este modelo también sirve para identificar aquellas situaciones que representan un riesgo y se prepara al usuario a enfrentarlas, brindando estrategias para solucionar el problema de la forma más eficaz (Sánchez-Hervás y Gradolí, 2002).

Por lo tanto el objetivo de la intervención cognitivo-conductual *“Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos”*, es disminuir y prevenir las conductas sexuales de riesgo y el abuso de alcohol en mujeres migrantes.

Sesión de admisión	
Objetivo: explicar las características de la intervención, identificar conductas de abuso de alcohol y conductas sexuales de riesgo en la usuaria y conocer los motivos por los que desea dejar de tener estas conductas de riesgo.	Duración: 60 min.
Material e Instrumentos	
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista de admisión: tiene como objetivo conocer los antecedentes de conductas de riesgo de abuso de alcohol y conductas sexuales (Anexo 1). • Carta de consentimiento Informado: proporciona la participación voluntaria de la usuaria como parte de un proyecto de investigación que no tiene costo, con la intención de que la información recabada se utilizará de manera confidencial (Anexo 2). 	
Desarrollo de la sesión	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida: se inicia con la presentación del terapeuta, su nombre y ocupación, de una manera atenta y cordial, en un marco de respeto para que la persona se sienta cómoda y atendida. Se explica que a continuación se harán una serie de preguntas con la intención de conocer su patrón de consumo de alcohol y su historia acerca de su salud sexual, se explica la confidencialidad y el anonimato de sus datos durante la entrevista. 2. Entrevista (Anexo 1): Se busca conocer si la persona presenta consumo de alcohol y conductas sexuales con riesgo, esto mediante preguntas semi-abiertas para conocer el contexto de su vida, historia de consumo y antecedentes de su vida sexual, consecuencias en torno al abuso del alcohol y las conductas sexuales de riesgo, identificación de situaciones alrededor de estas conductas de riesgo, razones por las cuales le interesa empezar la intervención, en este momento cual es el interés o motivación de dejar el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo. La entrevista se aplica con técnicas que favorezcan la confianza en la usuaria como la empatía, no juzgar y la aceptación, para que la persona pueda sentirse cómoda para platicar de su vida. 3. Explicación de la Intervención “Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos”: una vez que se concluye la entrevista, se le explica a la usuaria, la importancia que tiene que ella tome este tratamiento, se le habla acerca de algunas de las consecuencias que la migración tiene en su salud, el estrés y las emociones desagradables como la soledad, que son factores que pueden predisponer un mayor consumo de alcohol, y en el caso de las conductas sexuales de riesgo la exponen al contagio de Infecciones de transmisión sexual; y se le invita a seguir el tratamiento, se le explica en qué consiste, cuantas sesiones son, cuanto tiempo, la aplicación de instrumentos y la finalidad. Si la persona accede a participar en la intervención se le proporciona la carta de consentimiento informado para que la lea y si está de acuerdo se le solicita que lo firme (Anexo 2). 4. Cierre de la sesión: Se agradece su participación en la entrevista y se hace un resumen acerca de la sesión con el objetivo de que se sienta escuchada y entendida por el terapeuta y con esto se vaya formando una buena relación. Se programa la siguiente sesión una semana después. 	

**Sesión de evaluación
“Iniciando mi proceso de cambio”**

Objetivo: evaluar el estado inicial de las personas, el patrón de consumo de alcohol y de las conductas sexuales de riesgo, consecuencias, problemas relacionados y la disposición al cambio, por medio de la aplicación de los instrumentos establecidos, para que al finalizar la intervención se puedan comparar los avances obtenidos en su conducta.

Duración:
60 min.

Material e instrumentos

- **Línea base retrospectiva (LIBARE):** sirve para conocer el patrón de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después del tratamiento, requiere que las personas estimen el consumo retrospectivamente en su consumo diario de alcohol durante un periodo específico. Se les proporciona un calendario que abarca el periodo que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día, y se obtiene el consumo total de los días de uso, número de copas consumidas, promedio de consumo por días, días de bajo, excesivo y muy excesivo consumo y los días de abstinencia. Este método ha sido probado hasta por 12 meses. La confiabilidad y validez de este instrumento se estableció en adultos usuarios de alcohol, actualmente se ha demostrado su confiabilidad con poblaciones que no abusan del alcohol y en poblaciones de estudiantes entre los 20 y 28 años de edad. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una severa dependencia (Sobell & Sobell, 1992) (Anexo 3).
- **Breve escala de dependencia de alcohol (BEDA):** mide el grado de dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Dicha escala tiene estabilidad y validez como medida de dependencia, tiene confiabilidad test-retest, pero no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna. Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del Síndrome de dependencia al alcohol. Es probable que esta escala sea sensible para detectar cambios en dependencia, pero se requieren de más estudios (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio y Ayala, 2007; Skinner & Horn, 1984) (Anexo 4).
- **Inventario situacional de consumo del alcohol (ISCA):** mide situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para la recaída. Proporciona una herramienta para el estudio de resultados de un tratamiento y el proceso de recaída. Es un cuestionario de 100 reactivos, diseñado para medir situaciones en la que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir 8 categorías, las cuales son situaciones de consumo de alcohol, divididos en dos grandes grupos, situaciones personales y situaciones que involucran a terceras personas (Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996) (Anexo 5).
- **Inventario de salud sexual (ISAS):** indica si existen conductas sexuales de riesgo como, el uso del condón, número de parejas sexuales, antecedentes de infecciones o enfermedades de transmisión sexual, relaciones sexuales y uso de alcohol. El cual tiene una consistencia interna de .872 que se evaluó mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach. Se aplicó a un total de 210 mujeres impactadas por el fenómeno migratorio que hubiesen iniciado su vida sexual, de entre 18 a 43 años. El inventario de salud sexual está constituido por un apartado que brindan las características sociodemográficas, datos de migración familiar e indicadores de salud sexual. Y dos escalas, la primera denominada Prácticas Sexuales de Riesgo, con 13 ítems tipo likert que van de siempre a nunca con una confiabilidad de .744. La segunda llamada Antecedentes Informativos sobre la Sexualidad, con 7 ítems tipo likert que van de

totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo con una confiabilidad de .842 (Elaborada exprofeso para la presente tesis) (Anexo 6).

- **Escala de estados de disposición del cambio y anhelo de tratamientos (SOCRATES):** tiene como objetivo evaluar la disposición al cambio de acuerdo a los indicadores de reconocimiento, ambivalencia y acción (Miller, 1999, validado por Cuevas, Luna, Vital y Lira, 2005). (Anexo 7).
- **Hoja de registro de consumo de copas:** tiene el objetivo que conocer el patrón de consumo del usuario durante el tratamiento, sirve como evidencia de las metas planteadas en la semana y para conocer sus avances, así mismo permite hacer conciencia de la manera en la que el usuario consume alcohol (Echeverría, et al., 2007) (Anexo 8).
- **Hoja de registro de prácticas sexuales de riesgo:** tiene como objetivo que la persona concientice la forma en la que tiene prácticas sexuales de riesgo, así mismo permite que establezca metas semanales y vea los logros obtenidos semana tras semana (Anexo 9).
- **Folleto No. 1 “El consumo de alcohol y su Relación con la Migración”:** cuyo objetivo es brindar información acerca de las consecuencias del consumo del alcohol y sus consecuencias para que con esto reflexione acerca de los beneficios que obtendrá de disminuir o cesar el consumo del alcohol. (Anexo 10).

Desarrollo de la sesión

1. **Bienvenida:** Se inicia la sesión dando la bienvenida y explicando el objetivo de esta sesión.
2. **Aplicación de los instrumentos:**
 - **Breve escala de dependencia de alcohol (BEDA):** Se le proporciona la escala para que la usuaria la lea y la conteste, indicándole que si tiene cualquier duda lo indique.
 - **Línea base retrospectiva (LIBARE):** el terapeuta explica la forma en la que se contesta el instrumento y va escribiendo el número de copas retrospectivamente, la usuaria puede apoyarse en su agenda o cualquier artículo que le sirva para recordar.
 - **Inventario situacional de consumo del alcohol (ISCA):** Se le proporciona el instrumento a la usuaria para que lo lea y lo conteste, indicándole que si tiene cualquier duda lo indique.
 - **Inventario de salud sexual:** Se le proporciona el inventario a la usuaria para que lo lea y lo conteste, indicándole que si tiene cualquier duda lo indique.
 - **Escala de estados de disposición del cambio y anhelo de tratamientos (SOCRATES):** Se le entrega la escala a la usuaria para que lo lea y la conteste, indicándole que si tiene cualquier duda lo indique.
3. **Entrega del material y explicación de los mismos:** se le proporciona a la usuaria la hoja de registro de consumo de alcohol, se tiene que explicar de manera clara como se van a llenar, a partir de ese día hasta la siguiente sesión su consumo de alcohol diario, si hubo consumo, qué tipo y el número de copas, la situación relacionada con el consumo, con quién se encontraba, que lugar era y con qué personas y, los pensamientos y emociones que presentó antes del consumo (alegría, enojo, tristeza, diversión) y si no hubo consumo, si existe la necesidad de consumir alcohol y que emociones experimentó.
Así mismo con la hoja de registro de las prácticas sexuales de riesgo, si fueron con uso de condón o no, con uso de alcohol, que tipo de práctica de riesgo fue, que emociones experimentó y las situaciones de riesgo alrededor de la práctica. Se le pide a la participante lo

explique ella para corroborar que sí entendió las instrucciones.

Posteriormente se le entrega del folleto “Mujer migrante, enfrentando los desafíos” se explica brevemente y se le pide que se lo lleve a su casa para que lo lea y conteste las preguntas que ahí vienen, las cuales serán comentadas la próxima sesión.

4. *Cierre de la sesión:* se hace un resumen de la sesión, cómo se sintió, qué le pareció y se programa la siguiente sesión una semana después. Se le explica que con base a los resultados que se obtengan de sus pruebas se definirán las metas del tratamiento, de acuerdo a los objetivos que la participante plantee. Así mismo se le pide que para la siguiente sesión traiga consigo el folleto “Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos” con las preguntas resultas para poder comentarlo en la sesión como parte del trabajo programado.

Sesión No. 1 de tratamiento
“Metas de cambio”

Objetivo: que la usuaria analice las razones por las que desea su modificar el consumo de alcohol y una vida sexual más segura mediante el balance decisional. Con el fin de establecer una meta a cumplir, en cuanto a su consumo de alcohol ya sea la moderación o la abstinencia, y las conductas sexuales de riesgo como son el uso de condón, el no uso de alcohol y evitar las múltiples parejas sexuales, a partir de los resultados de las evaluaciones realizadas que se entregarán por escrito.

Duración:
60 min.

Material e Instrumentos

- **Hoja de registro de consumo de copas:** tiene el objetivo que conocer el patrón de consumo del usuario durante el tratamiento, sirve como evidencia de las metas planteadas en la semana y para conocer sus avances, así mismo permite hacer conciencia de la manera en la que el usuario consume alcohol (Anexo 8).
- **Hoja de registro de prácticas sexuales de riesgo:** tiene como objetivo que la persona concientice la forma en la que tiene prácticas sexuales de riesgo, así mismo permite que establezca metas semanales y vea los logros obtenidos semana tras semana (Anexo 9).
- **Folleto No. 1 “Mujer migrante, enfrentando los desafíos”** (Anexo 10).
- **Formato de entrega de resultados** (Anexo 11).
- **Hoja de balance decisional** (Anexo 12).
- **Hoja de Sexualidad Sana... Conductas Sexuales de Riesgo** (Anexo 13): tiene el objetivo de que a partir de la información proporcionada la usuaria identifique las conductas sexuales de riesgo y conozca algunos mitos y tabúes de la sexualidad e identifique los que ella pensaba que eran ciertos.

Desarrollo de la sesión

1. **Bienvenida:** se platica con la usuaria cómo se sintió en la semana y si hay algo relevante que haya ocurrido respecto a su comportamiento que quisiera comentar.
2. **Revisar los autorregistros de la usuaria:** Es importante que el terapeuta en conjunto con la usuaria revisen las hojas de autorregistro para analizarlas y que la usuaria conozca la manera en la que consumió alcohol y tuvo conductas sexuales de riesgo durante esa semana. Así mismo evalúen cuáles fueron los momentos más complicados, bajo qué circunstancias y como lo manejo, esto sirve para que la usuaria se dé cuenta y haga consciente su comportamiento, enfatizando de manera positiva los logros de la semana.
3. **Analizar el folleto No. 1. “Mujer migrante, enfrentando los desafíos”:** El terapeuta preguntará acerca del folleto No. 1., para comentar respecto a lo que la usuaria entendió y respondió acerca de la migración y el consumo del alcohol, así como de las consecuencias de su consumo y cuáles son las que ha vivido, y aclarará las dudas que tenga al respecto.

4. *Entrega de resultados de las pruebas aplicadas:* se le entregará formato de entrega de resultados a la usuaria, en donde vienen los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas, y el terapeuta explicará cada uno de acuerdo al siguiente orden:

- Línea base retrospectiva: donde se indica el patrón de consumo semanal, mensual y diario de la usuaria.
- Breve escala de dependencia al alcohol: muestra el nivel de dependencia al consumo de alcohol.
- Inventario Situacional de Consumo: indica las principales situaciones bajo las cuales se consume alcohol.
- Inventario de Salud Sexual: muestra el grado de riesgo de las conductas sexuales de riesgo.
- Escala de estados de disposición al cambio y anhelo de tratamiento: muestra el grado de motivación en el que se encuentra la usuaria para generar cambios.

Una vez entregados y revisados los resultados se pregunta a la usuaria lo que piensa, que le parecen y si está de acuerdo con ellos o no.

5. *Elaboración del ejercicio balance decisional:* se le entrega a la usuaria la hoja con el ejercicio sobre balance decisional, posteriormente se revisa junto con la usuaria lo que escribió en cada uno de los recuadros y se platica respecto a los principales motivos que tiene para dejar o disminuir el consumo del alcohol de acuerdo a las desventajas de seguir con este comportamiento y las ganancias de su cambio, y las consecuencias de tener conductas sexuales de riesgo y las ganancias de tener una vida sexual segura, con la intención de que pueda tomar una decisión acerca del cambio de su comportamiento.

6. *Establecimiento de metas:* una vez elaborada la reflexión por parte de la usuaria acerca de las desventajas de su consumo de alcohol y las ganancias de modificar su consumo, se le pide que establezca las metas a cumplir, si es la abstinencia o la moderación. En el caso de que escoja la abstinencia del consumo del alcohol, la meta sería suspender el consumo. Si escoge la moderación sería el uso adecuado del alcohol, 3 copas máximo por ocasión.

En el caso de las relaciones sexuales de riesgo, la meta sería establecida de acuerdo a las conductas de riesgo que ella esté presentando para lograr una vida sexual segura, y serían, el uso de condón en las relaciones sexuales y evitar el contacto de fluidos sexuales (vaginales, orales y anales), evitar las múltiples parejas sexuales y las relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol.

7. *Entrega de las hojas nuevas de autorregistro para la semana del consumo de alcohol y el de las conductas sexuales de riesgo (Anexo 8 y 9):* se le explica a la usuaria la forma en la que debe de contestar los autorregistros y se le pregunta si tiene alguna duda.

8. *Entrega de la hoja informativa Sexualidad Sana... Conductas Sexuales de Riesgo para que la lea en casa (Anexo 13):* se le explica revisando brevemente y se le pide que conteste las preguntas que se incluyen en el mismo.

9. *Cierre de la sesión:* se hace un resumen de la sesión, se le pregunta cómo se sintió, que aprendió en esta sesión y se agenda la siguiente sesión que será programada la siguiente semana. Así mismo se le pide que para la siguiente sesión traiga consigo los registros y la hoja informativa "Sexualidad Sana... Conducta Sexuales de Riesgos" con las preguntas contestadas, puesto que servirá de base para trabajar en la sesión.

Sesión No. 2 de tratamiento

“Las situaciones alrededor de mi consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo”

Objetivo: que el usuario sea capaz de identificar aquellas situaciones que precipiten el consumo excesivo del alcohol y las conductas sexuales de riesgo ya sea bajo el influjo del alcohol o no, para que el usuario sea capaz de reconocer las situaciones que predisponen dichos comportamientos.

Duración:
60 min.

Material e Instrumentos

- **Hoja de registro de consumo de copas:** tiene el objetivo que conocer el patrón de consumo del usuario durante el tratamiento, sirve como evidencia de las metas planteadas en la semana y para conocer sus avances, así mismo permite hacer conciencia de la manera en la que el usuario consume alcohol (Anexo 8).
- **Hoja de registro de prácticas sexuales de riesgo:** tiene como objetivo que la persona concientice la forma en la que tiene prácticas sexuales de riesgo, así mismo permite que establezca metas semanales y vea los logros obtenidos semana tras semana (Anexo 9).
- **Hoja de Sexualidad Sana... Conductas Sexuales de Riesgo** (Anexo 13): tiene el objetivo de que a partir de la información proporcionada la usuaria identifique las conductas sexuales de riesgo y conozca algunos mitos y tabúes de la sexualidad e identifique los que ella pensaba que eran ciertos.
- **Historias con situaciones de riesgo “Historia de una noche en el baile” y “Encuentro con una ex pareja”** (Anexo 14 y 15): tienen el objetivo de que la usuaria identifique en las historias situaciones de riesgo a las que comúnmente se enfrenta en la vida diaria en las que se abusa del alcohol y se tienen conductas sexuales de riesgo, para que logre dar opciones de cómo se evitarían estas situaciones de riesgo.
- **Hoja de Identificación de situaciones de riesgo de consumo de alcohol** (Anexo16): que la usuaria identifique las situaciones que lo han llevado al consumo del alcohol y las consecuencias que experimentó producto del consumo.
- **Hoja de Identificación de situaciones de riesgo de conductas sexuales de riesgo** (Anexo 17): que la usuaria identifique las situaciones que lo han llevado a las conductas sexuales de riesgo y las consecuencias que experimentó a causa de estas conductas.
- **Folleto No. 2. “La comunicación asertiva”** (Anexo 18).

Desarrollo de la Sesión

1. **Bienvenida:** se inicia la sesión preguntando a la usuaria cómo se sintió en la semana y si hay algo relevante que haya ocurrido respecto a su comportamiento, se explica el objetivo de esta sesión.
2. **Revisar los autorregistros de la usuaria:** es importante que el terapeuta en conjunto con la usuaria revisen las hojas de autorregistro para analizarlas y así conozca la manera en la que consumió alcohol y tuvo conductas sexuales de riesgo. Así mismo que evalúen la meta planteada y reflexionen sobre su cumplimiento o no, de qué manera se sintió, cuáles fueron los momentos más complicados, de qué se da cuenta con base a lo que observa de sus

autorregistros, enfatizando de manera positiva los logros de la semana. Hacer énfasis de manera positiva resaltando a las personas que apoyan su cambio de comportamiento, puesto que le servirá al usuario como red de apoyo para su tratamiento. Brindar retroalimentación positiva sobre su esfuerzo y el logro de las metas de la semana.

De no haber cumplido con la meta semanal se le pregunta sobre la situación de riesgo que la llevó a este comportamiento y las opciones hubiera tenido para no haber incurrido en estas.

3. *Revisión de la hoja Sexualidad Sana... Conductas Sexuales de Riesgo*: comentar sobre lo que entendió, lo que le pareció, que aprendió y que fue lo que contestó en los ejercicios.
4. *Lectura de "Historia de una noche en el Baile"* (Anexo 14): el terapeuta leerá de manera clara y a poca velocidad la historia a la usuaria, posteriormente le pedirá que identifique cuales son las situaciones de riesgo ante el abuso del consumo de alcohol: *"A continuación te voy a leer una historia en donde se ejemplifican situaciones que ponen en riesgo a las personas por el consumo del alcohol, te voy a pedir que identifiques las situaciones que las llevaron a estar en esa situación de riesgo y peligro"*
5. *Lectura de "Encuentro con una ex pareja"* (Anexo 15): el terapeuta leerá de forma clara y a poca velocidad la historia a la usuaria y le pedirá que identifique cuales son las situaciones de riesgo que desencadenaron las conductas sexuales de riesgo, así como las posibles soluciones y opciones que daría para que la persona de la historia evitara la conducta de riesgo: *"A continuación te voy a leer una historia en donde se ejemplifican situaciones de riesgo en donde las personas tienen conductas sexuales de riesgo, y te voy a pedir que identifiques las situaciones que las llevaron a estar en esa situación de riesgo y peligro"*
6. *Ejercicio de Identificación de las situaciones de riesgo* (Anexo 16 y 17): proporcionarle a la usuaria las hojas de situaciones de riesgo para que identifique las situaciones que lo han llevado al consumo del alcohol y las consecuencias que experimentó producto del consumo; y que identifique las situaciones que lo han llevado a tener conductas sexuales de riesgo y las consecuencias que experimentó a causa de esto. Así mismo se le pide a la usuaria que identifique a las personas cercanas a ella que incentiven su consumo, con la intención de que lo tenga claro y haga consciente el riesgo que implica convivir con ellas, y también que identifique las personas cercanas a él en las que pueda apoyarse para realizar su cambio de comportamiento. El terapeuta revisará las respuestas que dio la usuaria y le comentará acerca de lo que él percibe como riesgo.
7. *Entrega de las nuevas hojas de autorregistro para la semana de consumo de alcohol y de las conductas sexuales de riesgo* (Anexo 8 y 9): se le explica a la usuaria la forma en la que debe de contestar los autorregistros y se le pregunta si tiene alguna duda.
8. *Entrega del folleto No. 2. "La comunicación asertiva"* (Anexo 18): tiene como objetivo que la usuaria conozca los tipos de comunicación y aprenda acerca de la comunicación asertiva, para que con esto vaya concientizando su tipo de comunicación, se le explica brevemente que tiene que leerlo en casa y reflexionar para que conteste las preguntas que ahí vienen y se le pregunta sobre alguna duda al respecto.
9. *Cierre de la sesión*: se da un resumen de la sesión, se le pregunta cómo se sintió en la sesión y se explica en lo que consistirá la siguiente, que será programada la próxima semana. Se le pide que para la siguiente sesión lleve consigo el folleto "La comunicación Asertiva" con los ejercicios realizados, ya que servirán para el trabajo que se realizará en la sesión.

Sesión No. 3 de tratamiento
“Aprendiendo a poner límites y comunicarme sanamente”

Objetivo:

Que la usuaria desarrolle habilidades de comunicación y asertividad, para que aprenda a negociar el uso de condón y evitar las relaciones sexuales de riesgo como las parejas ocasionales, múltiples parejas sexuales y el que uso de alcohol en las relaciones sexuales.

Duración:
60 min.

Material e Instrumento

- **Hoja de registro de consumo de copas:** tiene el objetivo que conocer el patrón de consumo del usuario durante el tratamiento, sirve como evidencia de las metas planteadas en la semana y para conocer sus avances, así mismo permite hacer conciencia de la manera en la que el usuario consume alcohol (Anexo 8).
- **Hoja de registro de prácticas sexuales de riesgo:** tiene como objetivo que la persona concientice la forma en la que tiene prácticas sexuales de riesgo, así mismo permite que establezca metas semanales y vea los logros obtenidos semana tras semana (Anexo 9).
- **Folleto No. 2. “La comunicación Asertiva”** (Anexo 18).
- **Formato del ejercicio “Comunicación Asertiva” caso abuso del alcohol y conductas sexuales de riesgo** (Anexo 19 y 20).
- **Formato del ejercicio “Comunicación para la negociación del uso de condón con mi pareja”** (Anexo 21).
- **Hojas “El uso del condón”** (Anexo 22): tiene como objetivo que la usuaria conozca acerca del condón, su uso, tipos y reflexione acerca de lo que piensa sobre utilizarlo.

Desarrollo de la sesión

1. **Bienvenida:** Se inicia la sesión dando la bienvenida y explicando el objetivo de esta sesión. Se le pregunta cómo se ha sentido y cómo fue su semana, si hay algo relevante que le gustaría comentar.
2. **Revisar los autorregistros de los usuarios:** Es importante que el terapeuta en conjunto con la usuaria revisen las hojas de autorregistro para analizarlas y así el usuario conozca la manera en la que consumió alcohol y tuvo conductas sexuales de riesgo. Así mismo evalúen la meta planteada y reflexionen sobre su cumplimiento o no, de qué manera se sintió, cuáles fueron los momentos más complicados, de que se da cuenta con base a lo que observa de sus autorregistros, enfatizando de manera positiva los logros de la semana.
Hacer énfasis en personas que apoyan su cambio de comportamiento, puesto que le servirá al usuario como red de apoyo para su tratamiento.
Darle retroalimentación positiva sobre su esfuerzo y el logro de las metas de la semana.
3. **Revisión del folleto “La comunicación asertiva”:** Se le pide a la usuaria que platique acerca de lo que contestó en el folleto, si le queda claro lo que es la comunicación asertiva, cuáles fueron las situaciones que ella identificó como comunicación pasiva y comunicación agresiva y qué tipo de comunicación es la que ella expresa comúnmente. Si tiene algunas dudas

acerca de la comunicación el terapeuta debe resolverlas.

4. *Ejercicio de “Comunicación Asertiva” caso abuso del alcohol (Anexo 19):* el objetivo del ejercicio es que la usuaria recree escenarios en los que comúnmente consume alcohol, con ayuda del ejercicio *Identificación de situaciones de riesgo de consumo de alcohol* realizado en la sesión dos del tratamiento, y con base a estas experiencias se le pide que escriba las posibles respuestas que encuentra para evitar el consumo o abuso del alcohol rechazando la copa o no consumiéndola. Una vez que haya terminado, el terapeuta junto con el usuario revisan una a una las respuestas que ella escribió para revisar el tipo de comunicación al que pertenecen (comunicación pasiva, agresiva o asertiva), para que ella vaya identificando el tipo de respuestas que comúnmente da y así mismo conozca las consecuencias o ganancias que conllevan cada una de las respuestas. Por último se le pide que identifique cual sería la respuesta más asertiva para que la pueda llevar a la práctica cuando se encuentre ante una situación de riesgo de abuso del alcohol.
5. *Ejercicio de “Comunicación Asertiva” caso Conductas Sexuales de Riesgo (Anexo 20):* el objetivo del ejercicio es que la usuaria recree escenarios bajo los cuales tiene conductas sexuales de riesgo, con ayuda del ejercicio *Identificación de situaciones de conductas sexuales de riesgo* realizado en la sesión dos del tratamiento, y con base a estas experiencias se le pide que escriba las posibles respuestas que encuentra para negociar el uso de condón y así evitar las relaciones sin uso de condón, así como las parejas ocasionales para evitar las múltiples parejas sexuales y, evitar el uso de alcohol para así evitar prácticas sexuales de riesgo y evitar el contacto de fluidos sexuales por una mala colocación del condón u otras prácticas. Una vez que haya terminado, el terapeuta junto con la usuaria revisarán una a una las respuestas que ella escribió para revisar el tipo de comunicación al que pertenecen (comunicación pasiva, agresiva o asertiva), para que ella vaya identificando el tipo de respuestas que comúnmente da y así mismo conozca las consecuencias o ganancias que conllevan cada una de las respuestas. Por último se le pide que identifique cual sería la respuesta más asertiva para que la pueda llevar a la práctica cuando se encuentre ante una situación en la que pueda llegar a tener conductas sexuales de riesgo.
6. *Ejercicio “Comunicación para la negociación del uso de condón con mi pareja” (Anexo 21).* Se le pide a la usuaria que imagine un escenario en la que con una pareja estable platicuen acerca de su cuidado sexual y sus intereses, y posteriormente que escriba la manera en la que establecería estos acuerdos (el uso del condón y/o métodos anticonceptivos, fidelidad sexual, uso de alcohol en las relaciones sexuales). El terapeuta junto con la usuaria analizarán las respuestas y la usuaria definirá las mejores opciones de comunicación y negociación asertiva con la pareja.
7. *Entrega de las nuevas hojas de autorregistro para la semana de consumo de alcohol y de las conductas sexuales de riesgo (Anexo 8 y 9):* se le explica a la usuaria la forma en la que debe de contestar los autorregistros y se le pregunta si tiene alguna duda.
8. *Entrega de las hojas “El uso del condón” (Anexo 22).* Se revisa brevemente el contenido de las hojas y se le explica a la usuaria que tiene que leerlo y responder las preguntas que ahí vienen.
9. *Cierre de la sesión:* se da un resumen de la sesión, se le pregunta cómo se sintió en la sesión y se explica en lo que consistirá la siguiente, que será programada la próxima semana. Se le pide que para la siguiente sesión lleve consigo la hoja de “El uso del condón” con los ejercicios realizados, ya que servirán para el trabajo que se realizará en la sesión.

**Sesión no. 4 de tratamiento
"Sexo seguro"**

Objetivo: que la usuaria modifique sus pensamientos irracionales acerca de las relaciones sexuales y el consumo de alcohol, para evitar las emociones desagradables que estos pensamientos le generan o que propician conductas de riesgo; y que la usuaria conozca el uso correcto del condón como método para la prevención de embarazos, VIH e infecciones de transmisión sexual, para evitar las prácticas sexuales de riesgo.

60 min.

Material e Instrumentos

- **Hoja de registro de consumo de copas:** tiene el objetivo que conocer el patrón de consumo del usuario durante el tratamiento, sirve como evidencia de las metas planteadas en la semana y para conocer sus avances, así mismo permite hacer conciencia de la manera en la que el usuario consume alcohol (Anexo 8).
- **Hoja de registro de prácticas sexuales de riesgo:** tiene como objetivo que la persona concientice la forma en la que tiene prácticas sexuales de riesgo, así mismo permite que establezca metas semanales y vea los logros obtenidos semana tras semana (Anexo 9).
- **Hojas "El uso del condón"** (Anexo 22): tiene como objetivo que la usuaria conozca acerca del condón, su uso, tipos y reflexione acerca de lo que piensa sobre utilizarlo.
- **Condón masculino:** con el objetivo que la usuaria el uso correcto del condón, se le enseña paso a paso la forma de utilizarlo y con esto aumentar la eficacia de su uso.
- **Condón femenino:** tiene el objetivo de mostrar la forma en la que se usa el condón femenino y así aumentar la eficacia de su uso.
- **Fruta de apoyo (Pepino o plátano).** Sirve como herramienta para simular un pene para que la usuaria practique el uso correcto del condón masculino.
- **Vaso de plástico.** Sirve como herramienta para simular la vagina para que la usuaria practique el uso correcto del condón femenino.
- **Formato de Identificación de pensamientos irracionales** (Anexo 23, 24 y 25).

Desarrollo de la sesión

1. **Bienvenida.** Se inicia la sesión dando la bienvenida y explicando el objetivo de esta sesión. Se le pregunta cómo se ha sentido y cómo fue su semana, si hay algo relevante que quisiera comentar.
2. **Revisar los autorregistros de los usuarios.** Es importante que el terapeuta en conjunto con la usuaria revisen las hojas de autorregistro para analizarlas y así el usuario conozca la manera en la que consumió alcohol y tuvo conductas sexuales de riesgo. Así mismo evalúen la meta planteada y reflexionen sobre su cumplimiento o no, de qué manera se sintió, cuáles fueron los momentos más complicados, de que se da cuenta con base a lo que observa de sus autorregistros, enfatizando de manera positiva los logros de la semana. Hacer énfasis en personas que apoyan su cambio de comportamiento, puesto que le servirá al usuario como

red de apoyo para su tratamiento. Darle retroalimentación positiva sobre su esfuerzo y el logro de las metas de la semana.

3. *Revisar y comentar la hoja “El uso del condón” (Anexo 22).* Preguntarle a la usuaria acerca de lo que aprendió, que contestó y para que le sirve esa información.
4. *Ejercicio “Identificación de pensamientos irracionales en torno a las relaciones sexuales, las relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y el consumo de alcohol (Anexo 23, 24 y 25).* El objetivo del ejercicio es que la usuaria identifique los pensamientos y las emociones que tienen ante estas conductas, y junto con el terapeuta los revisen uno a uno para que la usuaria pueda tener en claro los pensamientos irracionales que le producen emociones desagradables, y posteriormente la usuaria busque alternativas a cada uno de estos pensamientos y los sustituya por un pensamiento más funcional, para que cada vez que se enfrente a estos pensamientos deje de experimentar las emociones que acompañan a los pensamientos irracionales.
5. *Entrenamiento del uso correcto del condón masculino y femenino.* Tiene como objetivo que la usuaria aprenda el uso correcto del condón y con esto evitar que la eficacia del condón disminuya ante un uso incorrecto. Se le proporciona un condón masculino a la usuaria y con apoyo de la hoja “El uso del condón” se le pide que siga las indicaciones paso a paso, utilizando como herramienta un pepino, para que de esta manera el terapeuta revise si lo hace de forma correcta. Posteriormente se le proporciona un condón femenino para que lo conozca y con apoyo de la hoja “El uso del condón” revisen paso a paso la forma en la que se utiliza, y con apoyo de un vaso se enseña la forma de colocarlo.
6. *Entrega de las nuevas hojas de autorregistro para la semana de consumo de alcohol y de las conductas sexuales de riesgo (Anexo 8 y 9):* se le explica a la usuaria la forma en la que debe de contestar los autorregistros y se le pregunta si tiene alguna duda.
7. *Cierre de la sesión:* se da un resumen de la sesión, se le pregunta cómo se sintió en la sesión y se explica en lo que consistirá la siguiente, que será programada la próxima semana.

**Sesión No. 5 de tratamiento
“Identificando mis cambios”**

Objetivo: revisar los avances que ha obtenidos con base a los planes y metas establecidas durante el tratamiento.

Duración:
60 min.

Material e instrumentos

- **Inventario Situacional de Consumo:** indica las principales situaciones bajo las cuales se consume alcohol (Annis, Herie y Watkin-Merek, 1996) (Anexo 5).
- **Escala de estados de disposición del cambio y anhelo de tratamientos (SOCRATES):** tiene como objetivo evaluar la disposición al cambio de acuerdo a los indicadores de reconocimiento, ambivalencia y acción (Miller, 1991). (Anexo 7).
- **Hoja de registro de consumo de copas:** tiene el objetivo que conocer el patrón de consumo del usuario durante el tratamiento, sirve como evidencia de las metas planteadas en la semana y para conocer sus avances, así mismo permite hacer conciencia de la manera en la que el usuario consume alcohol (Anexo 8).
- **Hoja de registro de prácticas sexuales de riesgo:** tiene como objetivo que la persona concientice la forma en la que tiene prácticas sexuales de riesgo, así mismo permite que establezca metas semanales y vea los logros obtenidos semana tras semana (Anexo 9).
- **Formato de plan de acción** (Anexo 26).
- **Formato de gráfica para consumo de alcohol** (Anexo 27).
- **Formato de gráfica para las conductas sexuales de riesgo** (Anexo 28).
- **Formato de evaluación de la intervención “Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos”** (Anexo 29). El objetivo es que se revise el impacto de la intervención en diversas áreas de la vida de la usuaria, familiar, laboral, salud y personal.

Desarrollo de sesión

1. **Bienvenida.** Se inicia la sesión dando la bienvenida y explicando el objetivo de esta sesión. Se le pregunta cómo se ha sentido y cómo fue su semana, si hay algo relevante que quisiera comentar.
2. **Revisar los autorregistros de los usuarios:**
 - Revisar y discutir el autorregistro de consumo de alcohol, a partir de la meta que se planteó la usuaria, si fue la abstinencia o la moderación y analizar acerca de las actividades que llevó a cabo para mantenerla, que fue lo que le funcionó y que no, cómo se ha sentido, cuáles han sido los beneficios que obtuvo a partir de la meta.
 - Revisar y discutir los autorregistros de conductas sexuales de riesgo, a partir de la meta planteada por la usuaria, la cual es el uso del condón en las relaciones sexuales, evitar el abuso de alcohol antes de las relaciones sexuales y las parejas sexuales ocasionales y con esto las múltiples parejas sexuales, analizar acerca de las actividades que llevó a cabo para mantener las metas planteadas, cuales le funcionaron más y cuáles no, cómo se ha sentido y cuáles son los beneficios que obtuvo a partir de la meta.

3. *Establecer las estrategias y el plan de acción para continuar con las metas establecidas y las opciones que tiene de una posible recaída (Anexo 24).* Discutir con la usuaria las estrategias que llevará a cabo para el mantenimiento de las metas establecidas, cuál sería el plan de acción que llevaría a cabo en caso de una recaída de abuso de alcohol y de prácticas sexuales de riesgo y cuáles son las consecuencias en caso de abandonar sus metas establecidas.
4. *Aplicación de los instrumentos:*
 - *Inventario Situacional de Consumo (Annis, Herie y Watkin-Merek, 1996) (Anexo 5).*
 - *Escala de estados de disposición del cambio y anhelo de tratamientos (SOCRATES) (Miller, 1991). (Anexo 7).*
5. *Formato de evaluación de la intervención (Anexo 27).* A partir del formato de evaluación y de las gráficas de patrón de consumo, analizar los avances obtenidos a lo largo de la Intervención, así mismo se revisan los problemas con los que se ha encontrado y las metas a largo plazo en cuanto a sus conductas y cómo planea lograrlo
6. *Entrega de las hojas de autorregistro e consumo de alcohol y de las conductas sexuales de riesgo (Anexo 8 y 9):* se le explica a la usuaria que es necesario que siga completando las hojas de autorregistro.
7. *Cierre de la sesión:* se da un resumen de la sesión, se le pregunta cómo se sintió en la sesión y se programa la sesión de seguimiento que será un mes después, se acuerda con la usuaria que días antes se confirmará vía telefónica el día y la hora.

**Sesión No. 1 seguimiento
“Mantenimiento de mi conducta”**

Objetivo: Conocer si la abstinencia o la moderación de consumo de alcohol se mantuvieron al mes, y si se mantuvieron relaciones sexuales seguras.

Duración:
60 min.

Material e Instrumentos

- *Línea base retrospectiva (LIBARE).*
- *Breve escala de dependencia de alcohol (BEDA).*
- *Inventario situacional de consumo del alcohol (ISCA).*
- *Inventario de Salud Sexual.*
- *Escala de estados de disposición del cambio y anhelo de tratamientos (SOCRATES).*

Desarrollo de la sesión

1. *Bienvenida.* Se inicia la sesión dando la bienvenida, y se le pregunta a la usuaria cómo se ha sentido en el mes posterior al tratamiento.
2. Se le pregunta acerca de su consumo de alcohol, si ha mantenido la moderación o la abstinencia dependiendo de la meta establecida, cómo se ha sentido en este tiempo, si las estrategias que se planteó le han funcionado, así como lo que se le ha hecho más difícil para continuar con la meta, que barreras encontró y si encontró nuevas situaciones de riesgo y qué fue lo que hizo.
3. Se le pregunta acerca de la forma en la que ha tenido relaciones sexuales, si han sido seguras o ha tenido alguna práctica de riesgo, si utilizó condón en sus relaciones, si evitó el uso de alcohol en las relaciones sexuales y si evitó las parejas ocasionales, si le fue difícil, cuáles fueron las principales barreras que se encontró y si encontró nuevas situaciones de riesgo y qué fue lo que hizo.
4. Se le pregunta acerca de las principales ganancias que ha encontrado a partir de su cambio de comportamiento
5. *Aplicación de los siguientes instrumentos:*
 - Línea base retrospectiva (LIBARE).
 - Breve escala de dependencia de alcohol (BEDA).
 - Inventario situacional de consumo del alcohol (ISCA).
 - Inventario de Salud Sexual.
 - Escala de estados de disposición del cambio y anhelo de tratamientos (SOCRATES).
6. *Cierre de la sesión.* Se agradece al usuario el haber permanecido en la intervención y se le explica que con esto finaliza su programa para el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo.
En caso de volver a beber de manera problemática se le informa que puede volver a solicitar la ayuda correspondiente.

Referencias de la Intervención “Mujer Migrante...Enfrentando los desafíos”

- Alvaré, L., Lobato, D., Melo, M., Torres, B., Luis, M. C. y González, I. (2011). Percepción del adolescente varón frente a las conductas sexuales de riesgo. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(3) 133-138.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). *Structured relapse prevention: An outpatient counseling approach*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell M. y Sobell, M. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental: Revista Latina de análisis del comportamiento*, 6(1) 71-93.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall: New Jersey
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del interior.
- Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.

Cruz, C., Ramos, U. y González, A. (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y Tratamiento de las ITS. Dirigido a personal de servicios de salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud A. C.

Cuevas, E., Luna, G., Vital, G. y Lira, J. (2005). Validez Interna de la Escala de las Etapas de Disposición al Cambio y Anhelos de Tratamiento (SOCRATES 8D). Presentado en el XVII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. San Luís Potosí, México.

Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, L., Tiburcio, M. y Ayala, V. E. (2007). *Manual de detención temprana e intervención breve para bebedores problema*. Mexico: CONADIC

Espada, J.P., Quiles, M. J. y Méndez, F. X. (2006). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85) 29-36.

Gallegos, E., Villaruel, A., Loverand-Cherry, C., Ronis, D. y Zhou, Y. (2008). Intervención para disminuir el riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorio y controlado. *Salud pública de México*, 50(1) 59-66. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2008/Enero%20Febrero%20/6-reducir.pdf

Gantiva, C. A., Bello, J., Vanegas, E. y Sastoque, Y. (2010). Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas mal adaptativos tempranos en

estudiantes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2) 362-374.

Ganvita, C. A., Gómez C. y Flórez, L. E. (2003). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento para personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*, (12) 38-48. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/804/80401204.pdf>

García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P. y Cuesta, M. (2012), Salud y Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1) 79-87.

Jiménez, S. L., Andrade, P., Palacios, J. R. y Betancour, D. (2007). Habilidades de comunicación en la conducta sexual de riesgos en jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 9(2) 147-162.

Lawton, K. (1999). *Brief Interventions and brief therapies for substance abuse*. U. S.: Department of health and human services.

Levensky, E. Kersh, B. Cabasos, L. & Books, A. (2008). Motivation interviewing. En O'Donohue, W. & Ficher, J. (Eds.). *Cognitive Behavior Therapy*. (pp 355-366). United States of America: John Miley \$ Sons, Inc.

Luego, M. A., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J. A. (2001). *La Prevención de Recaídas en el Consumo de Drogas: Análisis de la Eficacia del Programa Terapéutico-Educativo Proyecto Hombre*. España: Editorial Compostela S. A.

Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing. Preparing people to change Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press.

O'Donohue, W. & Fisher, J. (2008). *Cognitive Behavior Therapy. Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2008). *Alcohol y atención primaria de la Salud. Información clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgo y problemas*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

Pérez-Jiménez, D. y Orengo-Aguayo, R. (2012). Estereotipos Sexuales y su Relación con Conductas Sexuales Riesgosas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23 48-61.

Pulido, M. A., Ávalos, C., Fernández, J. C., García, L., Hernández, L. y Ruíz, A. K. (2013). Conducta Sexual de Riesgo en Tres Universidades Privadas de la Ciudad de México. *Psicología y Salud*, 23(1) 25-32.

Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., Rodríguez, M. L. y Hernández, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1) 60-71.

Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. y Medina-Mora, M.E. (2011). Revisión Sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34 351-365.

Sánchez, J., Rosa, A. I. y Olivares, J. (1999). Las Técnicas Cognitivo Conductuales en Problemas Clínicos y de Salud: Metanálisis de la Literatura Española. *Psicothema*, 11(3) 641-654.

Sánchez-Hervás, E., Gradolí, V. T., (2002). Terapia Breve en la Adicción a las Drogas. *Papeles del Psicólogo*, (83) 49-54.

Secades, R. y Fernández, J. R. (2001). Tratamientos Psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3) 365-380.

Skinner, H. A. & Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scala (ADS): User's guide*. Toronto: Addiction Reserch Fundation of Ontario.

Sobell, L.C. & Sobell, M. B. (1992). Time Line Follow-Back: A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption, En R. Litten & J. Allen.

(Eds.), Measuring Alcohol Consumption. *Psychosocial and Biochemical Methods*, The Human Press, Inc, p. 41-72.

Velázquez, M., Sternberg, K., Johnson, D., Green, C., Carbonari, J. & Parsons J. (2009). Reducing sexual risk behaviors and alcohol use among HIV-positive men who have sex with men: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4) 657-667. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2575000/>

ANEXOS DE LA INTERVENCIÓN

Anexo 1

Entrevista de admisión

Terapeuta _____ Fecha _____

Nombre _____

Teléfono/celular _____ Edad _____ Último año de estudios _____

Cómo conoció la intervención _____

Con quien vive actualmente (marque las opciones necesarias):

- Esposo Sola Parientes
 Padres Niños Otros
 Amigos Hermanos

Situación laboral (marque sólo una opción):

- Tiempo completo Trabajo ocasional Estudiante
 Medio tiempo Sin empleo Jubilado
 Trabaja por su cuenta Incapacitado Labores del hogar

Historial de relaciones sexuales (edad de inicio de las relaciones sexuales, en qué país se encontraba, manera en la que ha tenido relaciones sexuales en a lo largo del tiempo).

Principales situaciones entorno a las relaciones sexuales (uso de condón, en estado de ebriedad, múltiples parejas sexuales)

Problemas relacionados con las relaciones sexuales (de pareja, de salud, familiares)

Historial de consumo de alcohol (edad de inicio de consumo, la manera en la que ha consumido alcohol a lo largo del tiempo, qué tipo de alcohol, con qué frecuencia).

Principales situaciones en la que consume alcohol (laboral, económico, físico y personal)

Intentos de reducir o dejar el consumo

Cuando estuviste en Estados Unidos, ¿cómo era tu consumo de alcohol, hubo alguna diferencia a cuando estabas en México, aumentó, disminuyó, no había?

¿Consideras que la migración influyó en tu comportamiento para relacionarte con las parejas de manera diferente, era más fácil, más difícil, era mejor?

Disposición y deseo de ingresar a la intervención, principales motivos

Anexo 2

Carta de consentimiento informado

La siguiente, una carta que confirma tu participación voluntaria durante la participación en Intervención Cognitivo-conductual para el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en mujeres migrantes, con una duración de 6 sesiones, distribuidas semanalmente, con una duración de aproximadamente 60 min., la cual no tiene costo, ni se otorgará ningún tipo de honorarios o pago, por lo que es de suma importancia que la leas hasta el final, así también garantizas tus derechos como participante.

Yo _____, otorgo mi consentimiento para participar como voluntario en la intervención Cognitivo-conductual para el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo en mujeres migrantes.

1. Los datos que proporcione serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Mi nombre y/o alguna otra información que pueda identificarme será resguardada con los datos que yo haya proporcionado.
2. Podré abandonar la intervención en el momento que considere necesario.
3. Estoy de acuerdo en permitir que en el caso que se requiera graben alguna sesión en la que participe.
4. Estoy de acuerdo en que la información que brinde sea utilizada para ejercicios estadísticos con el objetivo de recibir retroalimentación de los datos recabados.
5. Estoy de acuerdo en que mi entrevistador se ponga en contacto conmigo después de la intervención en caso de que sea necesario preguntar algo o solicitar más información.
6. Estoy enterado en lo que consiste la siguiente intervención que servirá para recabar información con fines de investigación.
7. Declaro que estoy en condiciones adecuadas tanto física como psicológicamente para participar en la intervención.
8. Puedes preguntar cualquier información en cualquier momento, al correo alecejafer@hotmail.com
9. El terapeuta se compromete a canalizarlo con otro profesional de la salud en el caso de que yo lo solicite o él identifique alguna problemática diferente a la que se centra la intervención mencionada

ATENTAMENTE

Posgrado de Psicología de la U. M. S. N. H. a _____ de _____ de 20____.

VOLUNTARIO

Anexo 3

MARZO 2013						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31
MAYO 2013						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		
JULIO 2013						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				
SEPTIEMBRE 2013						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						
NOVIEMBRE 2013						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

ABRIL 2013						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					
JUNIO 2013						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
AGOSTO 2013						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	
OCTUBRE 2013						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			
DICIEMBRE 2013						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Anexo 4**BREVE ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA)**

NOMBRE: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: las siguientes preguntas cumplen una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "x" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEN TEMENT E	CASI SIEMPRE
1. ¿Tiene dificultades para dejar de pensar en beber?	0	1	2	3
2. ¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida?	0	1	2	3
3. ¿Organiza su vida de acuerdo a cuándo y dónde puede beber?	0	1	2	3
4. ¿Bebe por la mañana tarde y noche?	0	1	2	3
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importar que bebida es la que toma?	0	1	2	3
6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?	0	1	2	3
7. ¿Bebe en exceso aún sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?	0	1	2	3
8. ¿Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?	0	1	2	3
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?	0	1	2	3
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?	0	1	2	3
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, se despierta con temblor de manos?	0	1	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?	0	1	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, evita a la gente?	0	1	2	3
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aun cuando después se da cuenta que eran imaginarias?	0	1	2	3
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?	0	1	2	3
Skinner, H., Horn, J., Wanbergk, F. (1984). En Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, L., Tiburcio, M. & Ayala, V. E. (2007).			PUNTAJE: _____	

Anexo 5

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)

FECHA: _____ NOMBRE: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso. Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado.

Marque:

0. Si usted **“NUNCA”** bebió en exceso en esa situación.
1. Si usted **“OCASIONALMENTE”** bebió en exceso en esa situación.
2. Si usted **“FRECUENTEMENTE”** bebió en exceso en esa situación
3. Si usted **“CASI SIEMPRE”** bebió en exceso en esa situación.

PREGUNTAS	BEBIDA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL METE	FRECUENTEM ENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando tuve una discusión con un amigo.	0	1	2	3
2. Cuando estaba deprimido.	0	1	2	3
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino.	0	1	2	3
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud.	0	1	2	3
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2 copas.	0	1	2	3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado.	0	1	2	3
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita.	0	1	2	3
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien.	0	1	2	3
9. Cuando alguien me criticaba.	0	1	2	3
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa.	0	1	2	3
11. Cuando no podía dormir.	0	1	2	3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual.	0	1	2	3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita.	0	1	2	3
14. Cuando me sentía muy contento.	0	1	2	3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía.	0	1	2	3
16. Cuando me entristecía al recordar algo que me había sucedido.	0	1	2	3
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí.	0	1	2	3

18. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso.	0	1	2	3
19. Cuando al salir con amigos estos entraban a un bar a beber una copa.	0	1	2	3
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida.	0	1	2	3
21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba.	0	1	2	3
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo.	0	1	2	3
23. Cuando sentía que no tenía a quien acudir.	0	1	2	3
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo.	0	1	2	3
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente.	0	1	2	3
26. Cuando estaba aburrido.	0	1	2	3
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos.	0	1	2	3
28. Cuando la gente era injusta conmigo.	0	1	2	3
29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita.	0	1	2	3
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos.	0	1	2	3
31. Cuando me sentía seguro y relajado.	0	1	2	3
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida.	0	1	2	3
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida.	0	1	2	3
34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente.	0	1	2	3
35. Cuando me sentía solo.	0	1	2	3
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas.	0	1	2	3
37. Cuando me estaba sintiendo el "dueño" del mundo.	0	1	2	3
38. Cuando pensaba por donde venden bebidas.	0	1	2	3
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía.	0	1	2	3
40. Cuando me sentía somnoliento y quería estar alerta.	0	1	2	3
41. Cuando estaba cansado.	0	1	2	3
42. Cuando tenía dolor físico.	0	1	2	3
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber solo unas cuantas copas.	0	1	2	3
44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo.	0	1	2	3
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara.	0	1	2	3
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más.	0	1	2	3

47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita.	0	1	2	3
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota".	0	1	2	3
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incomodo de rechazarla.	0	1	2	3
50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas.	0	1	2	3
51. Cuando me sentía mareado o con nauseas.	0	1	2	3
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí.	0	1	2	3
53. Cuando me sentía muy presionado.	0	1	2	3
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa.	0	1	2	3
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien.	0	1	2	3
56. Cuando otras personas interferían con mis planes.	0	1	2	3
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida.	0	1	2	3
58. Cuando todo estaba saliendo bien.	0	1	2	3
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba.	0	1	2	3
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo.	0	1	2	3
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor.	0	1	2	3
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo.	0	1	2	3
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba.	0	1	2	3
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien.	0	1	2	3
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho.	0	1	2	3
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona.	0	1	2	3
67. Cuando pasaba frente a un bar.	0	1	2	3
68. Cuando me sentía vacío interiormente.	0	1	2	3
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mi ordenaban unas copas.	0	1	2	3
70. Cuando me sentía muy cansado.	0	1	2	3
71. Cuando todo me estaba saliendo mal.	0	1	2	3
72. Cuando quería celebrar con un amigo.	0	1	2	3
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa.	0	1	2	3
74. Cuando me sentía culpable de algo.	0	1	2	3
75. Cuando me sentía nervioso y tenso.	0	1	2	3
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas.	0	1	2	3

77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia.	0	1	2	3
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo.	0	1	2	3
79. Cuando me sentía contento con mi vida.	0	1	2	3
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida.	0	1	2	3
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	0	1	2	3
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión.	0	1	2	3
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de ser.	0	1	2	3
84. Cuando me reunía con un(a) amigo(a) y sugería tomar una copa juntos.	0	1	2	3
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños.	0	1	2	3
86. Cuando tenía dolor de cabeza.	0	1	2	3
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo.	0	1	2	3
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor.	0	1	2	3
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa.	0	1	2	3
90. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien.	0	1	2	3
91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme.	0	1	2	3
92. Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar.	0	1	2	3
93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable.	0	1	2	3
94. Cuando tenía problemas en el trabajo.	0	1	2	3
95. Cuando estaba a gusto con un(a) amigo (a) y quería tener mayor intimidad.	0	1	2	3
96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa.	0	1	2	3
97. Cuando sentía el estomago "hecho nudo".	0	1	2	3
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado.	0	1	2	3
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien.	0	1	2	3
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso.	0	1	2	3
Annis, (1996). En Echeverría, L., Ruiz, G., Salazar, L., Tiburcio, M. & Ayala, V. E. (2007).				

Anexo 6

INVENTARIO DE SALUD SEXUAL (ISAS)

Folio_____

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con la salud de las mujeres. Por favor, lee con cuidado y contéstalas de la manera más sincera posible, la información que proporcionas es anónima y sólo se utilizará para propósitos de investigación.

1. Edad_____
2. Estado civil_____
3. Número de hijos_____
4. Último grado de estudios_____
5. Ocupación_____ Tiempo completo_____ Medio tiempo_____
6. ¿Has vivido en el extranjero? Si_____ No_____ ¿Por cuánto tiempo?_____
7. ¿Alguno de tus familiares ha migrado a otro país? Si_____ No_____

Señala los familiares que han migrado:

	Padre		Madre		Hermanos
	Abuelo		Abuela		Esposo
	Hijos		Tíos		Primos
	Sobrinos		Novio		Nietos

8. ¿Qué edad tenías cuando fue tu primera relación sexual?_____
9. ¿En qué país te encontrabas cuando tuviste tu primera relación sexual?_____
10. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? Número _____
11. De todas las parejas sexuales que has tenido ¿con cuántas has tenido relaciones sexuales sin usar condón? Número _____
12. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos 12 meses?_____

		SI	NO
13	¿Te has realizado la prueba del VIH/SIDA?		
14	¿Has tenido que hacerte una prueba de embarazo en el último año?		
15	En tu primera relación sexual, ¿usaste condón?		
16	En tu última relación sexual, ¿usaste condón?		
17	¿Te has realizado pruebas para detectar alguna enfermedad de transmisión sexual?		

Instrucciones: A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cosas que la gente suele hacer con respecto a su salud sexual. Por favor marca con una **X** el cuadro que mejor describa lo que haces normalmente. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, y que la información que proporcionas es totalmente anónima y confidencial.
Ejemplo:

	Siempre					Nunca
Cuando voy a una fiesta me resulta fácil conocer gente nueva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marcas el primer cuadro, significa que siempre realizas dicha conducta; si marcas el cuadro de en medio significaría que algunas veces te resulta fácil conocer gente nueva y otras no; y si marcas el último cuadro significa que nunca realizas dicha conducta.

	Siempre					Nunca
1 Cuando inicio una nueva relación, le comunico a mi pareja sobre mi salud sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 He tenido relaciones sexuales sin protección en estado de ebriedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Cuando consumo alcohol tengo relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Hablo con mi pareja sobre sus antecedentes sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Me aseguro que mi pareja no tenga enfermedades de transmisión sexual antes de tener relaciones sexuales con él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Cuando tengo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol me siento más cómoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Cuando salgo de fiesta y consumo bebidas alcohólicas, es común que tenga relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Utilizo condón durante las relaciones sexuales cuando son parejas ocasionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 He tenido relaciones sexuales después de haber ingerido alguna bebida alcohólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Con las parejas ocasionales evito las prácticas sexuales orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Con las parejas ocasionales evito las prácticas sexuales anales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Cuando tengo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol me siento más liberada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Les pregunto a mis parejas si han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones: por favor lee cada enunciado y elije la opción que mejor describa lo que tú sabías y pensabas antes de tener relaciones sexuales por primera vez.

	Totalmente de acuerdo		Totalmente en desacuerdo		
1 Ya sabía cómo usar el condón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tenía conocimientos sobre enfermedades de trasmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sabía cómo evitar un embarazo no deseado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Alguien me habló acerca de lo que pasa al tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Platiqué con mi pareja antes de tener relaciones sexuales sobre una manera de cuidado sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Busqué asesoría acerca del sexo antes de iniciar mis relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Alguien me habló acerca de las maneras de cuidarme y protegerme cuando tuviera relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorizo que la información aquí proporcionada sea utilizada con fines académicos y de investigación, estando al tanto de que se guardará por completo en anonimato mis datos.

Firma

Anexo 7

ESCALA DE PREPARACIÓN PARA EL CAMBIO Y ANSIEDAD ANTE EL TRATAMIENTO (SOCRETES 8A)

INSTRUCCIONES: por favor lea cuidadosamente los siguientes planteamientos. Cada uno de ellos describe una forma en que usted podría (o no podría) sentirse acerca de su consumo de bebida. Para cada uno de los planteamientos, circule un número del 1 al 5, para indicar cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con el mismo en este momento. Por favor, circule tan solo un número por planteamiento.

	¡No! Fuertemente en Desacuerdo	No en Desacuerdo	? Indeciso o Inseguro	Sí de Acuerdo	¡Sí! Fuertemente de Acuerdo
1. Realmente quiero cambiar hacer cambios en mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
2. Algunas veces me pregunto si soy un alcohólico.	1	2	3	4	5
3. Si no cambio mi consumo de bebida pronto, mis problemas van a empeorar.	1	2	3	4	5
4. Ya he comenzado a hacer algunos cambios en mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
5. Estaba bebiendo demasiado de golpe, pero he logrado cambiar mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
6. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está haciendo daño a otras personas.	1	2	3	4	5
7. Yo soy un bebedor problemático.	1	2	3	4	5
8. No sólo estoy considerando hacer algo con la bebida, ya estoy haciendo algo al respecto.	1	2	3	4	5
9. Ya he cambiado mi consumo, y estoy buscando maneras de no caer en el viejo patrón.	1	2	3	4	5
10. Tengo serios problemas con mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
11. Algunas veces me pregunto si tengo control de mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
12. Mi consumo de bebida está provocando muchos daños.	1	2	3	4	5

13. Estoy haciendo cosas activamente para reducir el consumo de bebida o dejar de beber.	1	2	3	4	5
14. Quiero ayuda para no volver a los problemas que tenía con la bebida.	1	2	3	4	5
15. Sé que tengo problemas con la bebida.	1	2	3	4	5
16. A veces me pregunto si bebo demasiado.	1	2	3	4	5
17. Soy un alcohólico.	1	2	3	4	5
18. Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de bebida.	1	2	3	4	5
19. He hecho algunos cambios en mi consumo, y quiero ayuda para evitar volver a beber como solía hacerlo.	1	2	3	4	5

Anexo 8 (Echeverría y Ayala, 2007)

AUTORREGISTRO DE CONSUMO




Nombre					Fecha			
Terapeuta								
Mi meta para la semana:								
No consumir <input type="checkbox"/>		Reducir mi consumo: <input type="checkbox"/>		Días de consumo: <input type="checkbox"/>		Número de copas consumidas: <input type="checkbox"/>		
Día	Necesidad de consumir (SI o No)	Hubo consumo	Número de copas por tipo de bebida consumida			Cantidad consumida, cantidad de copas (si no consumiste pon 0)	Situación relacionada con el consumo (personas, lugar, hora)	Pensamientos y sentimientos presentados antes, durante y después del consumo
			Cerveza	Destilados	Vino			

Anexo 9

AUTORREGISTRO DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Nombre					Fecha		
Terapeuta							
Mi meta para la semana:							
Evitar las relaciones sexuales con consumo de alcohol		Uso correcto del uso del condón durante las relaciones sexuales		Evitar las parejas sexuales durante la semana		Número de relaciones sexuales	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Día	Número de relaciones sexuales				Situación relacionada con la relación sexual (lugar, hora)	Pensamientos y sentimientos presentados antes de la relación sexual	Pensamientos y sentimientos presentados después de la relación sexual
	CON uso del condón	SIN uso del condón	con algún método anticonceptivo	Con consumo de alcohol			

<p>"Mujer migrante, enfrentando los desafíos"</p> <p>Es una intervención dirigida a mujeres que se encuentran bajo el fenómeno de la migración que desean dejar de beber o moderar el consumo del alcohol, y que han experimentado diversas consecuencias por esta práctica y se exponen a riesgos graves como la exposición a múltiples enfermedades, accidentes de tránsito, problemas económicos, laborales, con la ley, personales, familiares y de pareja.</p> 	 <p>Facultad de Psicología de la UMSNH Maestría en Psicología</p> <p>Alejandra Ceja Fandiño Coordinadora mail: alecejafe@gmail.com Tel. Cel.: (443) 1609187</p>	<p>"El Consumo de Alcohol y su Relación con la Migración".</p> <p>Con mujer migrante es complicado más si el alcohol me acompaña en este viaje.</p>  <p>mail: alecejafe@gmail.com Tel. Cel.: (443) 1609187</p>
--	--	--

<p>La migración y el consumo de alcohol</p> <p>El vivir lejos de la familia, en un país donde no todo es conocido, no se habla bien el idioma y las jornadas de trabajo extenuantes, puede favorecer que las personas consuman alcohol como un mecanismo para enfrentar las situaciones que se van presentando.</p> <p>Por lo anterior te invito a que contestes y reflexiones acerca de lo siguiente:</p> <p>¿De que manera el alcohol te ayuda a enfrentar los conflictos que se presentan en tu vida?</p> <p>¿Cuáles son las consecuencias que has padecido por el consumo de alcohol?</p> <p>¿El consumo del alcohol hace más fácil que tengas conductas sexuales de riesgo?</p> <p>¿Qué me gustaría cambiar de mi manera de beber, cuáles serían las ganancias que obtendría?</p> 	<p>¿QUÉ ES EL ALCOHOL?</p> <p>El alcohol es una sustancia cuyo consumo excesivo puede provocar múltiples daños al organismo. En un inicio, se consume para conocer sus efectos, luego se pasa a un consumo ocasional y, finalmente, se da un consumo habitual, lo que genera que se haga dependencia y va no se pueda dejar de consumir.</p> <p>Consecuencias del consumo del alcohol</p> <p>El consumo excesivo de alcohol drogas es causa de preocupación, angustia y sufrimiento para las familias de los que consumen. Esto que los niños a los que se enfrentan las personas que consumen alcohol son muchos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Daños a su salud física, padecimientos como enfermedades gastrointestinales, cirrosis hepática y daños neurológicos. -Daños en su entorno, como alcoholismo del empleo, problemas económicos y laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Problemas personales, familiares, con las amistades y con pareja. -Accidentes de tránsito o en el lugar de trabajo que pueden dejar lesiones graves o incluso la muerte. -Conductas de riesgo como manejar rápido, conductas sexuales de riesgo, contagio de enfermedades de transmisión sexual y VIH/ SIDA. <p>Conductas sexuales de riesgo bajo el influjo del alcohol</p> <p>La relación que existe entre el consumo del alcohol y las relaciones sexuales en las que no se utiliza el alcohol son elevadas, puesto que el alcohol reduce la capacidad de tomar decisiones conscientes, desinhibe y aumenta el deseo.</p> 
---	---	--

Anexo 11

FORMATO DE ENTREGA DE RESULTADOS

Intervención Mujer Migrante... Enfrentando los desafíos

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de registro: de _____ al _____

Total de días registrados de consumo de alcohol: _____

Promedio diario de consumo de copas: _____

Número máximo de de copas que tomó en los últimos 60 días

Porcentaje de días de abstinencia:

Porcentaje de consumo moderado:

Porcentaje de consumo excesivo:

Porcentaje de consumo muy excesivo:

Nivel de dependencia al alcohol:

Dependencia Baja (1-10)	Dependencia Media (11-20)	Dependencia Severa (21 ó más)

Principales Situaciones de consumo de alcohol:

Nivel de riesgo ante las conductas sexuales de riesgo:

Muy Bajo Riesgo (1-13)	Riesgo Bajo (14-26)	Riesgo Moderado (27-39)	Riesgo Alto: (40-52)	Riesgo Muy Alto (53-65)

Disposición al cambio:

Reconocimiento	Alto	Medio	Bajo
Ambivalencia	Alto	Medio	Bajo
Acción	Alto	Medio	Bajo

Anexo 12

Hoja de balance decisional

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

	Dejar de consumir	Seguir consumiendo
Ventajas		
Desventajas		
	Sexo seguro	Conductas sexuales de riesgo
Ventajas		
Desventajas		

Escriba tres razones por las cuales es importante dejar de consumir alcohol: _____

Meta: Consumo moderado Abstinencia

Escriba tres razones por las cuales es importante tener conductas sexuales saludables: _____

Metas: Evitar las parejas ocasionales sexuales Uso consistente de condón Evitar las relaciones sexuales con uso de alcohol Relaciones orales sin protección Múltiples parejas sexuales.

Anexo 13

Sexualidad sana...Las conductas sexuales de riesgo

La sexualidad femenina es vivida desde el momento en el que nacemos hasta el día de nuestra muerte, está compuesta por factores biológicos, psicológicos y sociales que se desarrollan y nos acompañan a lo largo de la vida. Pero la manera en la que se vive puede ser o no sana, de manera que se perjudique y dañe la persona.

La falta de información o las falsas creencias en torno al tema generan el desarrollo de dificultades personales en la práctica de la sexualidad, como mitos y tabúes.

"La sexualidad se planifica, se decide y se vive bajo valores como el respeto, libertad e igualdad".



A continuación se muestran algunos de los mitos y tabúes más frecuentes:

"Los hombres siempre tienen más ganas de tener relaciones sexuales que las mujeres"... Los hombres y las

mujeres tienen el mismo deseo y libido sexual, no hay ninguna explicación que contradiga esta idea.

"El tamaño del pene importa para mayor satisfacción sexual"... El pene no es el único elemento que participa en las relaciones sexuales, ni es el único medio por el que se alcanza un orgasmo.

"La mujer solo está destinada a proporcionar placer, no a recibir"... Tradicionalmente se creía que el hombre era el único que merecía sentir placer, mientras que la mujer solo estaba al servicio del hombre.

"Si la mujer no tiene un orgasmo durante las relaciones sexuales, no quedará embarazada"... Desde el momento que el pene es introducido a la vagina, se segregan fluidos los cuales están cargados de espermatozoides y que pueden fecundar el óvulo de la mujer, exista orgasmo o no en la mujer.

"En la primera relación sexual no hay probabilidad de embarazo..." Siempre que el pene sea introducido a la vagina hay probabilidad de embarazo, sea la primera vez o la segunda vez o etcétera.

"La masturbación tanto en el hombre como en la mujer es señal de que algo no va bien en su sexualidad"... La masturbación es una práctica en donde la persona estimula sus genitales y así generar placer y orgasmo. La masturbación es una práctica sexual que favorece el

autoconocimiento y que brinda placer sexual, no daña el organismo ni la moral de las personas que la practican.

"El SIDA no debe de preocupar a los heterosexuales, solo es una enfermedad para los homosexuales"... El VIH/SIDA es una enfermedad que no distingue género, estatus social, edad ni orientación sexual, toda persona que tenga conductas sexuales de riesgo tiene la posibilidad de contagio.

"La píldora del día siguiente es el método anticonceptivo más eficaz"... La píldora del día siguiente no es un método anticonceptivo.

"El alcohol y la marihuana mejoran la actividad sexual"...

"El alcohol es un estimulante sexual"... El efecto que producen las sustancias cuando se tienen relaciones bajo el influjo del alcohol son las contrarias, en un primer momento sí provocan desinhibición y aumento del deseo, pero durante las relaciones sexuales genera impotencia en el hombre y dificultades para tener un orgasmo por la falta de sensibilidad en ambos sexos.



"El cigarro relaja y genera seguridad durante las relaciones sexuales"... El efecto que genera el cigarro es perjudicial a

la salud, a la larga genera una serie de afecciones a la salud de las personas, que van a provocar consecuencias negativas para que la persona tenga una vida sexual activa y sana, por ejemplo los problemas cardiovasculares provocados por el cigarro que posteriormente impiden el flujo de sangre correcto a los genitales y generan una mala erección en el hombre y dificultan la eyaculación.

En tu experiencia, ¿cuáles de los anteriores mitos considerabas como ciertos?

¿Qué otros mitos conoces que no se incluyeron?

Conductas sexuales de riesgo

Son los comportamientos que conllevan la exposición a adquirir una enfermedad de transmisión sexual. Como la penetración vaginal sin el uso del condón. Las cuales son:

- Sexo vaginal, anal y oral sin protección.
- Tener múltiples parejas sexuales.
- Tener una historia pasada de cualquier infección de transmisión sexual.
- Tener una pareja con una historia pasada con enfermedades de transmisión sexual o no conocer su historia.
- Usar drogas o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual.
- Tener una pareja que se droga de forma intravenosa.



En tu experiencia, ¿qué conductas sexuales de riesgo haz practicado?

¿Sabías que estabas teniendo conductas sexuales de riesgo, o qué pensabas en esos momentos?

Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo

- Infecciones de transmisión sexual.
- VIH/SIDA.
- Embarazos no planeados y/o no deseados.
- Abortos.
- Sentimientos de soledad y culpa.
- Malas relaciones interpersonales.
- Violencia física, psicológica y sexual.



¿Cuáles son las consecuencias que has experimentado a causa de las conductas sexuales de riesgo?



Anexo 14

Caso 1: “Historia de una Noche en el Baile”

En esta ocasión, Mónica junto con su hermana Lupita y cuatro amigas que conocía de la empresa en donde trabajaba, dedicada a la pesca de la fresa en Stockton California, planearon juntarse para ir a un baile que habría de la banda muy famosa llamada “la MS”, tenían muchas ganas de asistir para bailar y beber un rato y si se prestaba la ocasión conocer algunos chicos, ya que es común que a estos bailes asistan muchos chavos y puedan conocer alguno que les llame la atención. Mónica se alistó para el baile, se puso un vestido que acababa de comprar y sus tacones favoritos pues la ocasión lo ameritaba, ya que meses antes había terminado una relación de varios años.

La cita con sus amigas fue a las 8:00 pm, ella quedó de conducir su auto hasta la casa de una de sus amigas, pero antes de llegar, se detuvo en una tienda a comprar unas cervezas para el camino, ya que el alcohol que venden en los bailes son caros, así que la costumbre es llegar al baile ya con unas cervezas encima y así no comprar tanto adentro del baile. Cuando llegó a casa de la amiga, decidieron que mejor se iban con unos amigos de Lupita, porque el riesgo de manejar después de haber bebido unas cervezas y que te detenga la policía es alto y el castigo es una cuota muy elevada.

Llegaron a las 8:30pm al baile, ella ya había bebido 4 cervezas, por lo que su deseo de bailar y pasarla bien había aumentado, el ambiente era muy bueno y el lugar estaba lleno de muchos paisanos, decidieron ponerse a bailar en bolita las 6 chavas, la costumbre es bailar con las amigas un rato y esperar a que algún chico las saque a bailar.

Y así pasó un rato bailando, después entre todas decidieron comprar una botella de Whisky para no estar con la boca seca y quitarse la sed, cuando un grupo de chavos que se encontraban al lado de ellas les empezaron a mandar algunas cervezas. Mónica inmediatamente hizo contacto visual con un chavo que le gusto, que posteriormente la invitó a bailar y ella aceptó gustosa y así comenzaron a platicar, el chavo la acompañaba bebiendo una cerveza y en cuanto Mónica se terminaba su cuba él le servía otra con la intención de quedar bien con ella, y al paso de las canciones empezaron a coquetear mutuamente.

Después de un rato bailando, platicando y bebiendo, Mónica se sintió borracha y le pidió a su acompañante irse a sentar porque ya se sentía cansada y ahí siguieron la plática, era claro que ella se sentía muy atraída por él, y pasando unos minutos comenzaron a besarse, ella empezó a sentirse con mayor deseo sexual por el chavo y cada vez aumentaba más, por lo que decidió invitarlo a salirse del baile para poder platicar más agusto, le comentó a su hermana que se iba a ir y que ella le avisaba cuando fuera a recoger su coche a la casa de su amiga, y ver si pasaba por ella o se veían en su casa.

Al salir del baile Mónica se fue con su nuevo amigo a dar una vuelta por la ciudad, él sacó una botella que tenía en su coche y la invitó a seguir bebiendo, le pidió a Mónica que escogiera un lugar seguro para poder tomársela o si ella quería podían ir al departamento

de él, ella accedió a ir al departamento pues el chavo resulto ser de un pueblo cercano al de ella en México y eso le dio confianza para ir, y así se fueron al departamento de él.

Al llegar al departamento los besos se hicieron más intensos y la botella de vino fue terminándose, Mónica no pudo controlar el deseo que sentía por él, aunado a que ya no estaba consciente de lo que hacía y terminaron teniendo relaciones sexuales sin usar condón. Después de haber tenido relaciones sexuales con el chavo y haberse quedado platicando un rato, Mónica cuando se percató de la hora, decidió que era tiempo de irse, el chavo la llevó a la casa de la amiga, donde Mónica pasó la noche, al día siguiente le platicó a su amiga lo sucedido y como se sentía, moralmente mal porque apenas conocía al chavo, aparte del malestar físico ocasionado por el abuso del alcohol y comentarle que no sabía qué hacer porque no sabía si podía quedar embarazada o contagiarse de alguna infección de transmisión sexual.

IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO DE LA HISTORIA UNA NOCHE EN EL BAILE

Ahora escribe las situaciones o eventos que identificas que pusieron en riesgo a Mónica para que abusara del alcohol:

Escribe las consecuencias que identificas a causa del abuso del alcohol:

Anexo 15

Caso 2: “Encuentro con una ex pareja”

Cierto día Amanda se encontraba haciendo las compras de la semana en un supermercado de Chicago Illinois, mientras pasaba por la zona de las frutas se topó con Ernesto, un ex amante que había tenido unos meses atrás, ella le llamaba así porque había vivido una relación sin compromisos con él que duró aproximadamente dos años, Ernesto era un hombre casado y con hijos en México. La relación acabó porque Amanda le exigía que terminara con su matrimonio, y también se enteró que él empezaba a salir con una compañera de trabajo, esto la llevó a dejarlo a pesar de que lo amaba mucho, y porque ella sabía que él no iba a cambiar estos comportamientos infieles, de hecho todo el mundo le comentaba acerca de la vida sexual promiscua que él llevaba.

Para Amanda fue complicado dejarlo porque en ese país no conocía a mucha gente, sus padres estaban en México y solo tenía algunos primos y tíos a los que no frecuentaba mucho por el trabajo y la distancia entre ellos, aparte que a ella no le gustaban los hombres de otras nacionalidades, eso y la soledad que Amanda experimentaba ocasionó que la relación con Ernesto se hiciera muy fuerte a pesar de que le decían que no era buen hombre.

En ese encuentro en el supermercado, Ernesto se acercó a preguntarle cómo había estado y lo mucho que la extrañaba, le comentó que hacía mucho que no hablaba con su esposa, que solo le mandaba dinero y platicaba con sus hijos, ya que ella se enteró del romance con su compañera de trabajo y terminó con la relación, Amanda lo escuchó con atención mientras platicaban y se ponían al tanto de sus vidas, Ernesto era una persona en la que ella confiaba y de la cual no pensaba que él pudiera hacerle ningún daño, por lo que cuando él la invitó a tomar un café para seguir conversando, ella no se negó aparte que le dio un poco lastima y no supo negarse a pesar de que no tenía muchas ganas, y se sintió comprometida a hacerlo porque él la había apoyado mucho en aquel país.

Se sentaron algunas horas a platicar mientras que Ernesto le recordaba los buenos momentos que habían pasado juntos, Amanda fue sintiendo compasión por él y se avivando los recuerdos que tenía de aquel amor, cuando salieron del café Ernesto se ofreció a llevarla a su casa, y ya cuando la dejaba él le pidió pasar al departamento unos minutos antes de irse, ella aceptó aunque sabía lo que podía pasar si él entraba al departamento, después de unos minutos Ernesto comenzó a seducirla e intentar besarla, ella accedió al coqueteo y tuvieron relaciones sexuales sin condón porque a él no le gustaba usarlo.

Pasadas unas horas Ernesto se fue de la casa de Amanda, despidiéndose y pidiéndole que retomaran la relación que habían tenido, prometiéndole que iba a cambiar y las cosas ahora iban a ser diferentes, sin embargo después de ese día no volvió a verlo, solo se enteró que Ernesto había arreglado los problemas con su esposa, y Amanda por su parte iniciaba una relación con otra persona a la que había conocido en el trabajo.

Meses después Amanda asistió a una fundación para la salud que apoya a las mujeres migrantes, en donde le practicaron un examen para detectar virus de papiloma humano, después de una semana la citaron para darle los resultado y comentarle que los resultados arrojaban la presencia del virus de papiloma humano y ahora tenía que someterse a un tratamiento para atenderse y curarse, Amanda sintió mucho coraje pues ella sabía que no había usado condón con Ernesto y ahora estaba pagando las consecuencias, sin embargo decidió por orgullo comunicarle a Ernesto sobre su padecimiento, y ahora que ella estaba con su actual pareja no sabía si comentarle su estado de salud o no decirle, pues le daba mucha pena, aunque estaba consciente de los riesgos de no decir nada.

IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO DE LA HISTORIA ENCUENTRO CON UNA EXPAREJA

Ahora escribe las situaciones o eventos que identificas que pusieron en riesgo a Amanda de tener conductas sexuales de riesgo:

Escribe las consecuencias que identificas a causa de las conductas sexuales de riesgo:

Anexo 16

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL

Le voy a pedir que a continuación indique las situaciones que la han llevado al consumo del alcohol y las consecuencias que experimentó producto del consumo, por ejemplo: manejar rápido y chocar, conductas sexuales de riesgo y pérdidas personales o económicas.

IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL	
¿Con quién te encuentras generalmente cuando consumes alcohol?	
¿En qué lugar comúnmente te encuentras cuando consumes alcohol?	
¿Qué es lo que piensas antes de empezar a beber alcohol?	
¿Cuáles son las causas más comunes por las que se inicia el consumo de alcohol?	
¿Cómo es tu estado de ánimo antes de que empieces a beber?	
¿Cuáles son algunas de las situaciones que te llevan a beber comúnmente? (Menciona dos o tres)	
¿Cuáles son algunas de las consecuencias que tienes al consumir alcohol o embriagarte? (Menciona dos o tres)	

Anexo 17

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO DE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO


Le voy a pedir que a continuación identifique las situaciones que la han llevado a tener conductas sexuales de riesgo y las consecuencias que experimentó a causa de esto, por ejemplo: padecer una ITS o dudar de haberse contagiado de una ITS o VIH/SIDA.

IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO DE CONDUCTAS SEXUALES	
¿En qué lugar te encuentras antes de tener relaciones sexuales, que te encuentras haciendo?	
¿Qué actitudes o situaciones hacen que no uses condón?	
¿Qué piensas antes de tener relaciones respecto al uso del condón?	
¿Cómo es tu estado ánimo antes de tener relaciones sexuales riesgosas?	
¿Qué relación encuentras entre tener relaciones sexuales riesgosas y el consumo de alcohol?	

Comunicación:

Es un acto propio del ser humano, que deriva del pensamiento, el lenguaje y del desarrollo de las habilidades sociales.

El intercambio de mensajes ya sea verbal o no verbal permite al individuo expresar una idea o un argumento, para que la otra persona interprete lo que esa persona quiere decir.




UMSNH
Facultad de Psicología

"Plus ça change, plus ça change..."
"Plus ça change, plus ça change..."
"Plus ça change, plus ça change..."

Call: 4431405117
Email: diecelater@hotmail.com

LA COMUNICACIÓN ASERTIVA



¿Cómo nos comunicamos?
¿De qué manera llegamos a acuerdos con las personas?
¿Cómo negociamos?

Conoce la comunicación asertiva y desarrolla esta habilidad

"Mujer migrante... ¡Intentando los desafíos!"

Comunicación asertiva

Es la **habilidad** para transmitir y recibir los mensajes, sentimientos, creencias u opiniones propios o ajenos de una manera honesta, oportuna y respetuosa para lograr una comunicación sana sin lastimar a los demás.

Muchas veces las personas tienen problemas para comunicarse de un modo **asertivo** y reaccionan de forma que pueden ocasionar problemas en sus relaciones, así como estrés y malestar. Lo bueno es que la asertividad es una habilidad que puede desarrollarse.

Maneras no asertivas de comunicación:

Sumisión

- Conducta verbal:
- Vacilante
 - Cortante



Conducta no verbal:

- Rehúye la mirada
- Movimientos nerviosos
- Postura recogida
- Volumen inaudible

Consecuencias:

- No defender sus derechos
- Pierden oportunidades
- Conflictos interpersonales

Agresión

Conducta verbal:

- Impositiva
- Interrumpe a los demás



Conducta no verbal:

- Mirada fija
- Gestos amenazantes
- Postura hacia adelante
- Volumen de voz elevado

Consecuencias:

- Viola derechos de otros
- Crea tensión
- Conflictos interpersonales

Comportamiento asertivo

Conducta verbal:

- Directa
- Firme

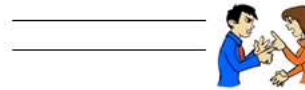
Conducta no verbal:

- Contacto ocular directo
- Gestos firmes
- Postura relajada
- Voz sin vacilación

Consecuencias:

- Defiende sus derechos
- Está relajada y satisfecha
- Resuelve problemas

Ahora identifica a que tipo de comunicación corresponden las siguientes imágenes:



A continuación escribe una situación en la que consideras que te comunicaste de manera asertiva y una situación en la que consideras que te comunicaste de manera agresiva.

Pasiva:

Agresiva:

Anexo 19

FORMATO DEL EJERCICIO ACERCA DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CASO ABUSO DEL ALCOHOL.

Le voy a pedir que a continuación escriba todas las repuestas que encuentre para negar una copa de alcohol o seguir consumiendo y así evitar el abuso del alcohol.

Respuesta	Tipo de comunicación (pasiva, agresiva o asertiva)	Consecuencias/ganancias

Escribe la respuesta asertiva que consideres que es la mejor

Anexo 20

FORMATO DEL EJERCICIO ACERCA DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA CASO CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO.

Le voy a pedir que a continuación escriba todas las repuestas que encuentre para negociar el uso del condón, evitar las relaciones sexuales con parejas ocasionales y las relaciones sexuales con uso del alcohol.

Respuesta	Tipo de comunicación (pasiva, agresiva o asertiva)	Consecuencias/ganancias

Escribe la respuesta asertiva que consideres que es la mejor

Anexo 21

Formato del ejercicio “negociación del uso de condón con mi pareja

	Propuesta de Negociación
Uso de condón	
Relaciones sexuales únicas con la pareja, para evitar las múltiples parejas sexuales.	
Uso de alcohol en las relaciones sexuales.	
Tipo de prácticas sexuales con protección (vaginal, anal y oral).	
Antecedentes de salud sexual de la pareja.	

Condomes



El condón es un método que previene los embarazos no deseados, el VIH y las infecciones de trasmisión sexual. Para la cual es fundamental saber utilizarlo de forma correcta, ya que de lo contrario su eficacia disminuye considerablemente

¿Es común que utilices condón en tus relaciones sexuales?

¿Por qué sí?

¿Por qué no?

El preservativo es uno de los métodos anticonceptivo más conocido, es un método de barrera, esto quiere decir que impide el intercambio de fluidos sexuales. Aunque por desgracia no es el método más utilizado, pero sí evita embarazos, el VIH/SIDA, las infecciones de trasmisión sexual como el virus del papiloma humano, gonorrea, sífilis, herpes o clamidias. El condón masculino, es de dos tipos de materiales, el látex y el poliuretano, sus características son las siguientes:

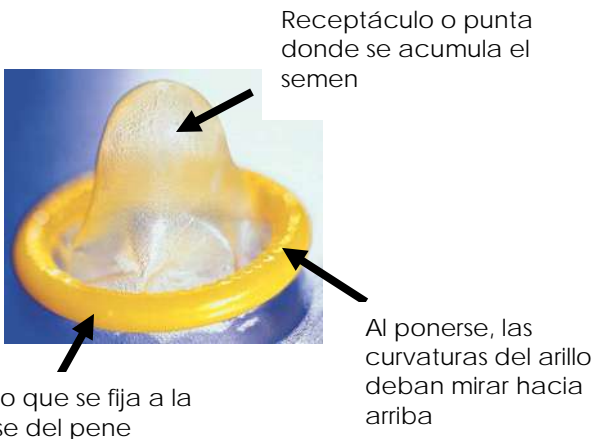
La eficacia del condón depende de la manera en la que se utiliza u otras cuestiones como el almacenaje o la transportación, por eso es importante tomar en cuenta la **fecha de caducidad**, que el empaque esté **completamente cerrado**, **evitar exponerlo al sol o guardarlos en la cartera**.

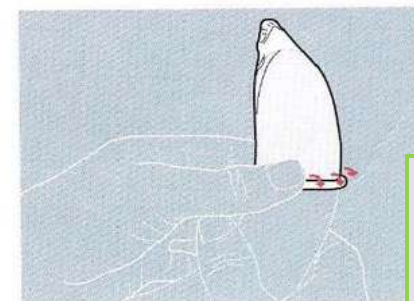
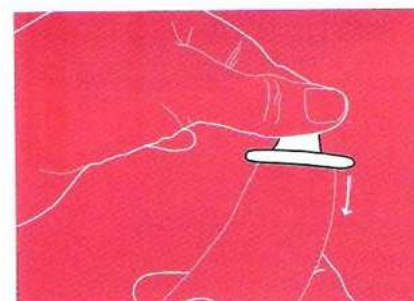
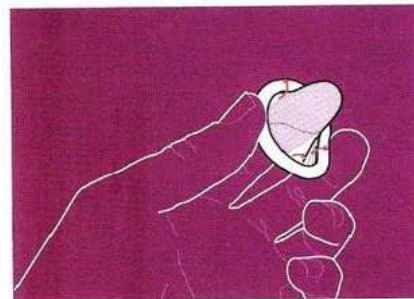
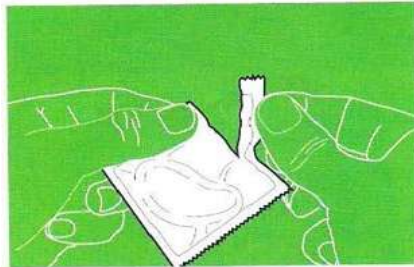
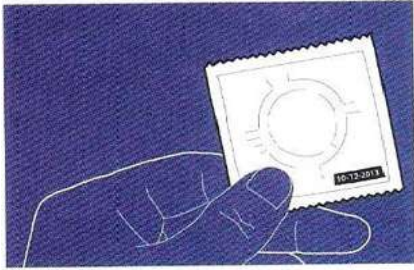
Se recomienda:

Utilizar uno por cada relación sexual.

Utilizar lubricantes solubles en agua, no en aceite, para evitar rasgaduras.

No uses condones viejos o dañados. Pueden tener microperforaciones





AL COLOCARLO:

- 1 Lávate las manos.
- 2 Comprueba la fecha de caducidad y su hermeticidad.
- 3 Desliza el condón dentro de su envase, apartándolo de la zona donde abrirás el empaque.
- 4 Rasga el envase por la línea dentada con las manos. No uses los dientes o algún objeto afilado o cortante. Con una mano, mantén al condón "orillado" y con la otra rasga entre los "piquitos".
- 5 Asegúrate de que el látex del condón pase por dentro del arillo, y de que las curvaturas de éste miren hacia arriba.
- 6 Coloca el condón en la punta del pene erecto.
- 7 Sujeta el receptáculo y apriétalo un poco para evitar que se formen burbujas de aire.
- 8 Desenróllalo con la otra mano hasta alcanzar la base del pene. Si está en la posición correcta, se desenvolverá con facilidad. En caso de atorarse, retíralo e inténtalo con uno nuevo.
- 9 Alísalo de arriba hacia abajo, buscando eliminar cualquier burbuja de aire que pueda haber quedado adentro.
- 10 Si usarás lubricante, asegúrate de que sea con base de agua y no de aceite.

PARA RETIRARLO:

- 11 Tras eyacular, sujeta el condón de la base, apretándolo contra el pene y retírate de tu pareja. Con esto se busca que "al salir" no se derrame el semen.
- 12 Para retirarlo, sujétalo a la altura del glande y con la otra mano desenróllalo. Puedes anudarlo para evitar que se derrame.
- 13 Deséchalo en el bote de basura. Nunca en el WC.

Algunos mitos sobre el condón...

"Mejor usar dos condones para estar más protegida"...

"Usar mucho el condón puede traernos alguna enfermedad"...

"El virus del VIH podría atravesar el condón"...

"Tener relaciones sexuales con condón no se siente nada"...

"Los condones o preservativos se rompen con..."

¿Qué piensas acerca del uso del condón masculino?

¿Estarías dispuesta a utilizarlo y exigirle a tu pareja el uso del condón masculino?

Condón femenino

El condón femenino, al igual que el masculino, también es un dispositivo de barrera de látex, que sirve para evitar los embarazos, el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo es una alternativa poco utilizada por su costo y su difícil acceso.

A diferencia del condón masculino, el control en el uso del condón femenino está en manos de nosotras las mujeres. Otra ventaja para nosotras es que se puede colocar hasta ocho horas antes de

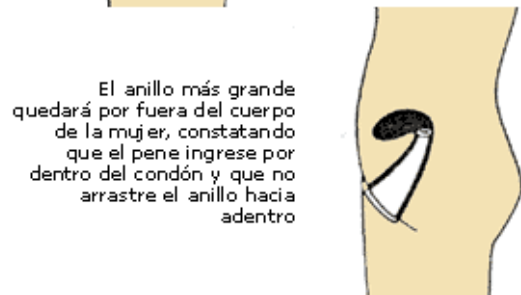


Cada condón femenino está envasado y sólo hay que romper su envoltura para su uso. Consta de dos anillos, uno más grande y abierto y el otro más pequeño y clausurado para la retención del semen. Ellos unen los extremos de un tubo que, una vez colocado, dará protección tanto a la mujer como al hombre

Para colocarlo se adopta una posición que resulte cómoda: recostada sobre la espalda, sentada con las piernas separadas, o parada con un pie sobre una silla o el borde de la cama. Se toma el anillo pequeño con los dedos pulgar, índice y medio, apretándolo para colocarlo en el interior de la vagina, y empujándolo hacia adentro cuanto sea posible



Introduciendo un dedo en el interior del condón, se empuja el anillo pequeño aun más. Algunas mujeres refieren que este anillo les provoca molestias, por lo cual lo sacan ya que no está adherido al tubo de poliuretano



El anillo más grande quedará por fuera del cuerpo de la mujer, constatando que el pene ingrese por dentro del condón y que no arrastre el anillo hacia adentro



Luego de la eyaculación, para retirar el dispositivo, es necesario torcer el anillo externo antes de tirar hacia fuera, a fin de que no se derrame su contenido

¿Qué piensas acerca del uso de condón femenino?

¿Estarías dispuesta a usarlo? ¿Por qué sí?

¿Por qué no?

Anexo 23

Formato para la identificación de pensamientos irracionales en torno a las relaciones sexuales

Le voy a pedir que a continuación recuerde y escriba los pensamientos que tiene antes de tener las relaciones sexuales, así como las emociones que le generan estos pensamientos. Por ejemplo: el sexo con desconocidos es mejor, pido que mis parejas sexuales utilicen condón, no pido el uso de condón por que va a pensar que soy una cualquiera, tengo sexo solo para complacerme un rato y lo demás no me importa, si el tipo se ve bien y me da confianza tengo relaciones sexuales sin condón, si me trata bien es porque quiere acostarse conmigo, el sexo es mejor sin enamorarme porque el que se enamora pierde, con condón se siente menos placer.

Pensamientos y emociones alrededor de las relaciones sexuales	Tipo de pensamiento (irracional ó racional)

Una vez identificado los pensamientos irracionales, le voy a pedir que brinde alternativas para los pensamientos disfuncionales que identificó. Por ejemplo: si el tipo se ve bien y me da confianza tengo relaciones sexuales sin condón, por, el tipo se ve bien y da confianza, sin embargo es la primera vez que lo veo y realmente no sé como es y menos su historia sexuales de parejas.

Pensamientos irracionales	Pensamientos racionales

Anexo 24

Formato para la identificación de pensamientos irracionales en torno a las relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol

Le voy a pedir que recuerde y escriba los pensamientos que tiene acerca de lo que piensa cuando tiene relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol, así como las emociones que les genera. Por ejemplo: cuando se tienen relaciones sexuales con unas copas encima se siente más y el sexo es mejor, cuando los hombres toman alcohol duran más con la erección y eso los hace más hombres, cuando tomo alcohol me dejo llevar más y disfruto más, cuando consumo alcohol me atrevo a tener muchas más prácticas sexuales que estando sobria.

Pensamientos y emociones alrededor de las relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol	Tipo de pensamiento (irracional ó racional)

Una vez identificado los pensamientos irracionales, le voy a pedir que brinde alternativas para los pensamientos disfuncionales que identificó. Por ejemplo: cuando consumo alcohol me atrevo a tener muchas más prácticas sexuales que estando sobria, por lo que cuando estoy ebria no soy capaz de poner límites en mis prácticas por lo que es más fácil que haga cosas sin que las disfrute al máximo, en cambio estando sobria puedo decidir más acerca de lo que me genera más placer y disfrutarlo más. Posteriormente, se le pide que cada vez que piense en torno a sus relaciones sexuales, ponga en práctica los pensamientos racionales y que sean más funcionales para su práctica.

Pensamientos irracionales	Pensamientos racionales

Anexo 25

Formato para la identificación de pensamientos irracionales acerca de la manera en la que consume alcohol

Le voy a pedir que recuerde y escriba los pensamientos que tiene acerca de lo que piensa cuando consume alcohol, así como las emociones que le genera. Por ejemplo: cuando consumo alcohol me siento más contenta y disfruto más, consumo alcohol porque si no las personas van a decir que soy un sangrón, si no consumo alcohol no me van a volver a invitar a los eventos sociales.

Pensamientos y emociones alrededor mi consumo de alcohol	Tipo de pensamiento (irracional ó racional)

Una vez identificado los pensamientos irracionales, le voy a pedir que brinde alternativas para los pensamientos disfuncionales que identificó. Por ejemplo: cuando consumo alcohol me siento más contenta y disfruto más, por, Cuando consumo alcohol puedo llegar hacer cosas que sobria no haría y que me ponen en peligro o en ridículo con la gente, mis habilidades sociales son mejores y no dependen del consumo del alcohol. Posteriormente, se le pide que cada vez que piense en torno a sus relaciones sexuales, ponga en práctica los pensamientos racionales y que sean más funcionales para su práctica.

Pensamientos irracionales	Pensamientos racionales

Anexo 26

Formato de elaboración del plan de acción

En el siguiente ejercicio escribe una situación en la que comúnmente abusa del alcohol y desarrolle un plan de acción lo más detallado posible para la situación, y así evitar recaídas y continuar con las metas establecidas.

Situación de abuso de alcohol:	Consecuencias del consumo de alcohol:
Plan de acción No. 1	
Plan de acción No. 2	
Plan de acción No. 3	
Mejor opción para la situación, ¿por qué?:	

En el siguiente ejercicio escribe una situación en la que comúnmente tiene conductas sexuales de riesgo y desarrolle un plan de acción lo más detallado posible para la situación y así evitar recaídas y continuar con las metas establecidas.

Situación de Conductas Sexuales de Riesgo:	Consecuencias de las conductas sexuales de riesgo:
Plan de acción No. 1	
Plan de acción No. 2	
Plan de acción No. 3	
Mi mejor para la situación es, ¿por qué?	

Anexo 29

Formato de evaluación de la intervención “*mujer migrante... enfrentando los desafíos*”

Metas establecidas durante el tratamiento
Abuso de alcohol: Moderación () Abstinencia () ¿Se cumplió la meta planteada? Si () No ()
Conductas sexuales de riesgo: Uso correcto del uso del condón () Evitar el uso de alcohol con las relaciones sexuales () Evitar las parejas sexuales ocasionales () Relaciones orales sin protección () ¿Se cumplió la meta planteada? Si () No ()
Descripción de los logros obtenidos en las principales áreas de su vida:
Familia: Ganancias obtenidas, grado de satisfacción y cambios observados:
Personal: Ganancias obtenidas, grado de satisfacción y cambios observados:
Social: Ganancias obtenidas, grado de satisfacción y cambios observados:
Laboral: Ganancias obtenidas, grado de satisfacción y cambios observados: