

01968

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA ¹³
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN ADICCIONES

**REPORTE DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
**MAESTRÍA EN
PSICOLOGÍA PROFESIONAL**

PRESENTA:
KARINA JIMÉNEZ SILVESTRE

TUTORA: Dra. MARIA ELENA MEDINA-MORA ICAZA

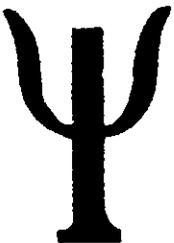
COMITÉ TUTORAL: Dr. HECTOR AYALA VELAZQUEZ
Dra. AMADA AMPUDIA RUEDA
Dra. SARA GARCÍA SILBERMAN
Mtro. FERNANDO VAZQUEZ

SUPLENTES: Mtra. GUILLERMINA NATERA REY
Mtra. MARIA DEL CARMEN MILLÉ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MÉXICO, D.F.

2002





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

A la doctora Maria Elena Medina-Mora por compartir conmigo sus conocimientos y brindarme la oportunidad de aprender de usted.

Al Doctor Héctor Ayala por el apoyo de siempre para continuar mis estudios.

A mi Comité Tutorial por la paciencia y disposición para concluir este trabajo, mil gracias

Dra. Sara García,
Dra. Amada Ampudia,
Mtro. Fernando Vázquez,
Mtra. Guillermina Natera
Mtra. Carmen Millé.

A Lety Echeverría y Miguel Angel Medina por el tiempo y los conocimientos que me han brindado siempre.

Agradezco el apoyo brindado por el Psic. Mario Balanzario para la conclusión de esta etapa.

DEDICADO A:

JOSE LUIS, CATALINA Y HECTOR

Los amo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	5
IMPLEMETAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y PSICOSOCIAL PARA DESCRIBIR EL FENÓMENO, HACER ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS RESULTADOS, ESTUDIAR GRUPOS ESPECIALES, ASÍ COMO LAS TENDENCIAS QUE SE OBSERVAN EN NUESTRO PAÍS	5
DESARROLLAR PROGRAMAS PREVENTIVOS A NIVEL INDIVIDUAL Y COMUNITARIO PARA EVITAR QUE EL PROBLEMA SE PRESENTE	14
DESARROLLAR PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA REDUCIR LOS DAÑOS QUE CAUSAN EL CONSUMO DE SUSTEANCIAS PSICOACTIVAS	17
APLICAR PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA REABILITAR PERSONAS ADICTAS	20
SENSIBILIZAR Y CAPACITAR A OTROS PROFESIONALES PARA LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARA, SECUNDARIA Y TERCARIA	26
IMPLEMENTAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL APLICADA Y DE PROCESO EN EL ÁREA DE LAS ADICCIONES PARA BRINDAR A LA POBLACIÓN CON PROBLEMAS DE CONDUCTAS ADICTIVAS EN NUESTRO PAÍS, MÁS Y MEJORES OPCIONES PARA LA PREVENCIÓN, LA DETECCIÓN TEMPRANA, EL TRATAMIENTO Y LA REHABILITACIÓN DE ESTE PROBLEMA.	29
SESIÓN TÍPICA DEL EJECIO PROFESIONAL	34
ADMISIÓN	37
EVALUACIÓN	40
PRIMERA SESIÓN	47
SEGUNDA SESIÓN	51
TERCERA SESIÓN	57
CUARTA SESIÓN	60
SEGUIMIENTO	61
ANEXOS	67

INTRODUCCION

El abuso de sustancias susceptibles de causar adicción, es un fenómeno complejo debido a la serie de interacciones que se producen entre la sustancia, la persona y el ambiente, los cuales a su vez influyen tanto en su iniciación, mantenimiento y consecuencias presentadas.

En nuestro país, el consumo de sustancias es motivo de preocupación debido a la serie de consecuencias sociales, así como el costo económico que su ingesta representa.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 1993, 1998), el número de personas que habían consumido alguna droga ilegal, alguna vez en la vida pasó de 1.5 millones en 1993 a cerca de 2.5 millones en 1998 en población de 12 a 65 años. La prevalencia entre los menores a 18 años ascendió a 3.7%.

El consumo de alcohol por su lado pasó en 10 años de 73% a 77% en los hombres y de 36.5 a 44.6% en las mujeres, entre los 18 y 65 años, alcanzando un 82% en los hombres y 47.8% en las mujeres de 30 a 39 años (ENA, 1988 y 1998). Se puede añadir que el consumo de alcohol representa el 9% del peso total de la enfermedad en México¹, el cual está asociado a muertes por accidentes, muertes violentas y cirrosis hepática.

El número de pacientes que ingresan a tratamiento² ascendió de 12.9% en 1990 a 15.2% en 1997, entre los 25 y 29 años. De acuerdo al registro de 1998, el ingreso a CIJ se presenta con mayor medida entre jóvenes de 15 a 24 años, representando un 59% de la población de ingreso. Siendo para ellos el poli consumo la forma preferente de abuso de sustancias (80%), con consumo preferente de cocaína, el cual pasó de 12.2% en 1990 a 61.6% en 1998.

Como se puede observar, el consumo en 10 años ha cambiado de manera relevante, desde el tipo de sustancia de preferencia, la edad de inicio en el consumo, así como el tipo de población, en donde se comienza a observar un considerable incremento de grupos y sustancias que hasta hace muy poco eran considerados minoritarios y de menor interés para el estudio; este giro en el consumo, nos pone en el interés de tomar medidas acordes a los cambios que va experimentando el abuso de sustancias que se presenta en este momento.

La perspectiva de la psicología de la salud, con respecto a la droga, centra su interés en los modelos que explican el mantenimiento de la salud respecto al uso de drogas. En este campo, la intervención es de tipo preventiva sobre grupos de personas que no tienen problemas de adicciones y el interés se centra en evitar que se presente detectando grupos o zonas de riesgo y manteniendo vínculos con la comunidad para contrarrestar la posibilidad de consumo.

Por el contrario, en el ámbito asistencial y desde la psicología clínica, se tiene interés por los modelos de consumo, abuso y adicción de los sujetos a las drogas tanto legales como ilegales.

Un número importante de investigaciones han aparecido y la información disponible sobre como seleccionar intervenciones optimas es mejor de lo que era en 1979. Así se muestra una perspectiva de la evidencia sobre efectividad de aproximaciones de alternativas de tratamiento; de esta forma se restringió la información a investigaciones controladas, es decir, estudios que incluyeran diseños de asignación al azar que incluyera grupo control y experimental y centrándose en estudios que evaluaran el impacto del tratamiento en la conducta de beber. Los programas de tratamiento que se describen a continuación:

¹ Frenck, J., Lozano, R., González Block, M., et. al. *Economía y Salud, Propuesta para el avance del sistema de salud en México*, Fundación Mexicana para la Salud, México, 1994

² Estudios Epidemiológicos del Consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil (CIJ), de 1990 a 1998.

- ☞ FARMACOTERAPIA. Se hace una concepción del alcoholismo como una enfermedad así que se utilizan medicamentos como agentes terapéuticos (drogas antipsicóticas, medicamentos psicotrópicos y alucinógenos) aunque existe un número asombroso de estudios de terapias con drogas, son pocas las investigaciones que incluyen una medición de resultados adecuada a la conducta de beber. Los antipsicóticos son el disulfiram, nitrato de calcio de carbamazepina y Metronidazol, sin embargo tienen el inconveniente de que son drogas que pueden llegar a ser agresivas, además de que llegar a ser devaluadas rápidamente. En el caso de los psicotrópicos la psicopatología menciona que es para eliminar el abuso de alcohol y se centran en el uso de drogas ansiolíticas, antipsicóticos, antidepresivos, litio, alucinógenos; sin embargo la falta de investigación que no sea solo a través de reportes anecdóticos es necesaria para poder conocer los beneficios de la medicación.
- ☞ PSICOTERAPIA O CONSEJO. Los tratamientos basados en la psicoterapia han mostrado que las diferencias entre la aplicación de este tratamiento y personas que no lo utilizan es poco clara y que muchas veces las expectativas de los investigadores son contrarias a lo que se espera, la falta de evidencia basada en investigaciones controladas nos muestra que a pesar de que los individuos que aconsejan y dan psicoterapia son populares en el tratamiento de alcohólicos, existe poca o ninguna evidencia de que tales intervenciones tienen un impacto en la forma de beber y en la conducta de los usuarios, por otro lado numerosos estudios han encontrado que la confrontación no es la mejor forma de tratar a un alcohólico, por lo contrario, los alcohólicos tienden a abandonar más rápidamente el tratamiento, además de incrementar sus recaídas, además de aumentar la depresión, baja autoestima y ansiedad, aunque no se han hecho investigaciones controladas que comprueben esta información.
- ☞ ALCOHOLICOS ANONIMOS. A pesar del auge y popularidad que tiene este programa no existe evidencia experimental que pueda comprobar su eficacia.
- ☞ ALCOHOLISMO Y EDUCACION. Un elemento adicional en los tratamientos es un componente educativo que consiste en películas, conferencias, lecturas o discusiones sobre el tema, incluyendo los efectos negativos del alcohol y parte de prevención, los estudios son pocos con respecto a la educación que señalen que el conocimiento del tema cambie la actitud hacia dejar de beber por lo que es necesario que comprueben su efectividad.
- ☞ TERAPIA FAMILIAR. Se ha encontrado que la familia constituye una parte importante por lo que las terapias han incluido cada vez más al esposo y otros miembros de la familia en muchos casos con resultados alentadores, es decir una intervención conjunta ayuda a mejorar el problema del bebedor por lo que vale la pena investigar al respecto.
- ☞ TERAPIAS AVERSIVAS. Tienen como meta alterar la atracción al consumo de alcohol, si el condicionamiento es exitoso, el individuo mostrará una respuesta automática negativa después de exponerse al alcohol, dentro de este se pueden considerar 4 tipos: *nausea*, es usualmente inducida con sustancias químicas, encontrando alto grado de abstinencia durante un año de seguimiento, *apnea*, este se realiza solamente en escenarios experimentales y se debe a una inyección de succinylecholine que induce un tipo de parálisis de movimientos y aliento durante un minuto en el cual se aplica alcohol en los labios, se encontraron buenos resultados sin embargo, la severidad del método reduce la posibilidad de aplicación en escenarios no experimentales, *aversión eléctrica*. Es un método eficaz, sin embargo funciona mejor cuando se convina con otro tratamiento paralelo, y cuando es menos fuerte, *sensibilización encubierta*, se parece a la hipnosis ya que se maneja la imaginación con escenas aversivas con la imagen de beber, sin embargo, aunque indican tener cierta efectividad no ha mostrado resultados experimentales que respalden su eficacia.
- ☞ BEBER CONTROLADO. Los estudios de este tipo son los que mayormente han empleado métodos de control experimental, señalando resultados más significativos que los tratamientos tradicionales además de ser respaldados con reportes de colaterales y siendo investigaciones efectivas que han mostrado efectividad.
- ☞ METODOS OPERANTES. Las técnicas de condicionamiento alteran la conducta modificando sus consecuencias se utilizan los principios de refuerzo y castigo a fin de influenciar la conducta de beber y las conductas relacionadas, es poca la utilización de este método en escenarios reales y su investigación se centra en estudios de caso.

☞ **TRATAMIENTOS DE AMPLIO ESPECTRO.** Este menciona que la conducta de beber esta funcionalmente relacionada a otros eventos de la vida de la persona y que atacar estos problemas ayuda mas a solucionar su problema que el centrarse en el consumo en si, los sujetos que tienen mayor número de habilidades sociales, responden mejor al tratamiento, el manejo del estrés es importante en el problema de alcohol, el entrenamiento en relajación y desensibilización sistemática, el reforzamiento comunitario funciona para apoyar al sujeto en las áreas que falla y se centra en solución de problemas de tipo familiar, social y vocacional bajo la premisa de que al reducir el problema se reduce el riesgo de consumo.

Por otro lado se ha encontrado que las intervenciones no directivas tienen mayor efectividad que las directivas, en el caso que la dependencia no sea muy alta, y que de preferencia tengan un locus de control interno.

Lo importante de estas investigaciones respaldadas empíricamente es que nos dan una amplia gama de posibilidades de tratamiento así como entender la necesidad de ampliar la investigación a fin de aceptar o rechazar tratamientos que sean o no efectivos y que produzcan mas beneficios que riesgos al usuario.

Dentro de los modelos de tratamiento expuestos previamente, el modelo cognitivo conductual ha mostrado ser de los modelos más efectivos para combatir el consumo de sustancias y a su vez tiene como objetivo no sólo brindar alternativas de atención, sino también de investigación en un área aún muy joven y lamentablemente de crecimiento como son las adicciones.

Como parte de este interés se crea la **Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones**, la cual tiene como objetivo formar Psicólogos dentro de esta área, capacitándolos en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos actuales para la comprensión del problema.

De esta forma, los egresados deben contar con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para identificar, prevenir y solucionar problemas en el área de las adicciones, así como para diseñar y realizar proyectos de investigación epidemiológica, psicosocial, experimental aplicada y de proceso en el área.

Los requisitos necesarios para cubrir el perfil del egresado van de acuerdo con las necesidades que la sociedad requiere y las competencias profesionales indispensables para la atención clínica de usuarios con consumo de drogas, así como el desarrollo de proyectos dentro del área.

En esta medida el presente reporte se divide en dos partes, la primera desglosa los seis objetivos planteados como necesarios para cubrir los requisitos de **Experiencia Profesional del Programa en Adicciones**, la segunda parte describe una **Sesión Típica** de un caso que fue tratado durante el programa de Residencia de la Maestría en Adicciones.

I. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

El reporte que a continuación se presenta muestra de forma fundamentada las características del trabajo realizado y la experiencia adquirida durante el programa de residencia.

1. IMPLEMENTAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y PSICOSOCIAL PARA DESCRIBIR EL FENÓMENO, HACER ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS RESULTADOS, ESTUDIAR GRUPOS ESPECIALES, ASÍ COMO LAS TENDENCIAS QUE SE OBSERVAN EN NUESTRO PAÍS.

La importancia social del consumo de drogas, los aspectos legales, económicos y sanitarios que convergen alrededor del consumo de drogas ilegales sugieren grandes diferencias alrededor de las legales; sin embargo como señalan diferentes autores (Frexía y Sánchez, 1989; Frexía y Soler, 1981; Ministerio de sanidad y consumo, 1988; OMS, 1979; Vischi, Jones, Shank y Lima, 1980), la importancia sanitaria del consumo de tabaco y alcohol es similar sino mayor a la del consumo de drogas ilegales.

El impacto social que causa el consumo, se detecta en encuestas, medios de comunicación, manifestaciones públicas sobre políticas contra las drogas, creencias y actitudes de la sociedad en general respecto a los consumidores y traficantes, sustancias adictivas, causas del consumo y adicción, todos estos son medios a través de los cuales podemos entender la repercusión que el consumo de drogas puede tener en diferentes sectores de la sociedad, y nos dan la pauta para ampliar la investigación en el área, así como la oportunidad para desarrollar programas terapéuticos específicos que aborden la problemática en cuestión.

De esta manera los medios de comunicación juegan un papel muy importante en cada una de las medidas que se adopten, desde el punto en que estos mismos medios son en muchos casos los que promueven y facilitan el acceso a las sustancias; la publicidad por un lado desarrolla en muchos casos actitudes ante su ingesta, el impacto que las acciones ante el consumo de sustancias pueden tener, sobre todo en el caso de los adolescentes.

En México, desde los años 70s se realizan los primeros estudios epidemiológicos en población general y se comienza a ver la necesidad de que las encuestas aplicadas, se enfoquen a poblaciones específicas, a fin de obtener información más específica a la problemática; de esta forma se comienzan a direccionar los estudios al abuso de drogas ilegales, a cuestiones de género y el consumo de tabaco.

A partir de los años 80s, en el caso del consumo de alcohol, se ha mostrado un marcado interés (Calderón y col., 1981; Medina-Mora et al., 1988), debido por un lado a la pernicidad que su ingesta representa en nuestra sociedad y por otro lado a las consecuencias que se generan por su consumo.

La ENA (1988) indicó que el 7% de los bebedores en México consumen cantidades considerables de alcohol, aunque no en forma cotidiana, es decir, el Mexicano tiene consumos esporádicos, pero en cantidades excesivas, lo que se traduce en conductas de riesgo mayores que un consumidor frecuente, probablemente es la razón por la que este grupo no muestra síntomas crónicos de dependencia; sin embargo su forma de consumo está más asociada con accidentes; de los accidentes automovilísticos relacionados con ingesta de alcohol, sólo el 18% eran dependientes y sólo un 25% tuvo problemas con la policía, así como los problemas físicos que este tipo de consumo representa.

La información obtenida a través de los estudios epidemiológicos, a servido de soporte para conocer tendencias, cambios en el tipo de droga de preferencia, grupos que se encuentran en mayor riesgo de iniciar el consumo; por mencionar algunos, sin embargo el mayor interés se encuentra en el comportamiento social ante el consumo de drogas, en el mérito de que a través de su conocimiento, se desarrollen programas de prevención, atención, rehabilitación, normatividad que se adecuen al tipo de población estudiada.

Es en este punto donde los estudios que trabajan con los factores que se relacionan con el consumo de drogas, adquieren gran relevancia, como son la familia, situaciones relacionadas al consumo, personalidad (violencia, depresión, etc), medio en el que se desenvuelve el usuario, conductas riesgosas, por mencionar algunas, son áreas que en la última década han adquirido interés para la investigación, por la relación y posible influencia que guardan con el consumidor.

Como parte de esta investigación, las instituciones de atención se han visto en la necesidad de desarrollar instrumentos de valoración que sean particularmente útiles para el tipo de población y sustancia de abuso, tales instrumentos van desde pruebas químicas, como los marcadores biológicos, entrevistas estructuradas y semi estructuradas, cuestionarios, el uso de auto reportes, o pruebas para detectar el nivel de dependencia, gran parte de los instrumentos nos ayudan a conocer historia, patrón y eventos relacionados con el consumo del usuario, con el fin de brindar una atención específica a sus necesidades y problemática.

Un área que ha comenzado a cobrar importancia es la evaluación del costo social y económico que implica la atención y rehabilitación de un usuario de drogas. Aún son pocos los estudios que se han evocado a la tarea de conocer más sobre el costo / beneficio que la atención a este tipo de población representa, la importancia se encuentra en la posibilidad de un mayor control de las variables que afectan al tratamiento, el gasto que este implica y la posibilidad en sí de evaluar los programas de tratamiento.

Esta información saca a relucir la importancia que tiene emplear los recursos en programas de prevención, basados en el hecho de que a la larga, esta inversión tendrá mayores beneficios que el tratamiento en sí, ya que cuando el problema requiere de atención más especializada, se vuelve más costoso. En casos en los que el tratamiento se vuelve necesario, se debe procurar que este sea de calidad, con fundamento teórico, y que hayan demostrado su efectividad en el tipo de población a quien se va a dirigir la atención.

Para que un tratamiento tenga mayor cobertura se debe contemplar en todo momento incluir un trabajo interdisciplinario, institucional, de gobierno, etc, que trabaje en conjunto para elaborar medidas de atención, evaluación y en primer lugar de prevención ante este problema, ya que el trabajo colaborativo ofrece la oportunidad de complementar un tratamiento con opciones que ayuden al usuario a manejar su problemática de manera más integral.

Como ya se ha descrito, existen grupos minoritarios que no han contado con el suficiente estudio debido en parte a la poca oportunidad que su estudio representa, en esta medida presento a continuación un estudio exploratorio con usuarios de alcohol, que acudieron al Programa de Bebedores Problema y que como parte del programa de Maestría se integró en el siguiente trabajo para ser publicado:

DIFERENCIAS POR GENERO EN PERSONAS QUE ACUDEN A UN TRATAMIENTO PARA BEBEDORES PROBLEMA³

A partir de los años noventa un grupo de investigadores se ha dado a la tarea de realizar estudios de género que pretenden encontrar las similitudes y las diferencias entre ambos grupos y obtener, a través de los resultados de estos trabajos, una base empírica para atender las necesidades particulares de cada grupo en la mejor forma posible.

La cultura mexicana establece diferencias especialmente marcadas entre géneros. Esta diferenciación, influye en la manera en que hombres y mujeres se comportan, se perciben a sí mismos y perciben al mundo que los rodea. Una de las áreas en que se hacen evidentes estas diferencias es en torno al consumo de bebidas alcohólicas. Por ejemplo en nuestro país, las normas están más orientadas a determinar quién puede beber y

³ Karina Jiménez Silvestre y Leticia Echeverría San Vicente. FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

no a definir que tanto se puede consumir; Medina Mora¹ en una encuesta realizada encontró que sólo 22% de personas encuestadas consideran que hombres y mujeres pueden beber en igual medida. La mayoría acepta que los hombres beban e incluso se intoxiquen de vez en cuando, mientras que coinciden en que es mejor que la mujer no lo haga y si bebe, es objeto de crítica e incluso rechazo social.

Al hablar sobre el número de personas que consumen bebidas alcohólicas en nuestro país podemos observar un incremento en los últimos 20 años; en 1970 el consumo per cápita era de 2.06 litros y en 1994 se reporta un consumo per cápita de 3.5 litros que muestra una variación de 62.1%ⁱⁱ.

Como ya comentamos el consumo de alcohol entre mujeres es una práctica poco tolerada socialmente y por lo mismo poco común. Los datos que se presentan a continuación así lo muestran; el 64% de la población urbana femenina de 18 años en adelante informa no consumir alcohol, en comparación con el 27% de los hombres. El 31% de los varones informa haber bebido por lo menos una vez por semana mientras que sólo el 5% de las mujeres lo ha hecho, 68% de los hombres informó haber consumido en exceso en el último año y sólo el 17% de las mujeres reportó haberse intoxicado en el último año. El 12% de la población masculina cumple con el criterio de Dependencia al Alcohol y sólo el 0.6% de la femenina.

Sin embargo, cuando se revisan los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988ⁱⁱⁱ y se analizan estos datos por género los resultados indican que mientras que en 1988, entre la población masculina, el índice de consumo fue de 82% y entre la población femenina era de 44%, los datos de la encuesta en 1993^{iv}, mostraron un incremento de un punto en el consumo entre la población masculina (83%), mientras que entre la población femenina el incremento fue de 16 puntos, es decir un 60%, mostrándonos de esta forma un incremento significativo en el caso de las mujeres. Si bien las mujeres siguen bebiendo considerablemente menos que los varones, las tendencias apuntan a una mayor participación de las mujeres en el consumo, se ha observado que las jóvenes, con niveles de ingresos más altos tienden a beber más. Por ejemplo, si profundizamos en el grupo de mujeres encontramos que es entre los 19 y 34 años de edad, es donde se encuentran las frecuencias más elevadas de consumo. Es aquí donde radica una de las mayores preocupaciones del sector salud, debido a la participación cada vez más acentuada de la mujer en la práctica de consumo de alcohol y a las consecuencias que se derivan de un consumo excesivo en la etapa reproductiva de la mujer.

Como ya comentábamos en un principio es a partir de esta última década cuando se ha comenzado a dar una considerable atención hacia las investigaciones hechas con población femenina, especialmente con relación a un tratamiento diferencial para ellas, debido a sus necesidades particulares, por ejemplo se sabe en la actualidad que las mujeres llegan al tratamiento con más pérdidas derivadas de un mayor rechazo social que el sufrido por los varones., sin embargo, históricamente la inclinación sexual se ha orientado a considerar las experiencias masculinas como normativas, es decir, en mostrar una evidente confianza en los estudios donde los sujetos son hombres (en su mayoría o en su totalidad). Ettore, 1986, 1989; Hughes, 1990.

Emrick, 1974, encontró que sólo el 6.2% de 47,492 individuos incluidos en una investigación para el tratamiento de personas con abuso en el consumo de alcohol, publicada entre 1952 y 1971 fueron mujeres. De 271 artículos revisados el 54.4% utilizaron únicamente sujetos masculinos y el 1.5% incluyeron sujetos femeninos.

Una década después Vannicelli y Nash, 1984; hicieron una revisión en donde encontraron que entre 1972 y 1980 el 7.8% de los sujetos eran mujeres, concluyendo que este incremento se debía a que en los primeros estudios los investigadores eran predominantemente hombres y en estudios más recientes el incremento de autores o investigadores femeninos trajo consigo un incremento en la proporción femenina de sus sujetos, gracias a este incremento se ha logrado observar y comprobar que existen diferencias en cuanto a los datos que arrojan los estudios de género y no sólo en los resultados, sino también en variables relacionadas con el

consumo de alcohol como la familia y consecuencias, son diferentes para cada género. (Blume, 1986, 1990; Celentano, 1980; Lex, 1991; Schmidt, 1990; Wilsnack & Wilsnack 1991).

En estudios que se han enfocado a los aspectos sociales del alcohol, se ha encontrado que las diferencias en conducta, en las concepciones que tienen hombres y mujeres, sus expectativas y nivel de frustración; se reflejan en su respuesta frente a esta práctica. Por estos motivos es importante estudiar las variaciones en las normas de género y su repercusión en el consumo de bebidas alcohólicas. Es por esta razón que dar evidencia basada en estudios de un sólo género no es necesariamente válido para otro género.

En contraste, investigaciones realizadas en el Instituto de Medicina (1990)⁹, probaron que más mujeres de lo que se esperaba recibían tratamiento, en estas investigaciones el 36% de las mujeres reportó obtener mejores resultados, mientras que sólo el 4% de los hombres reportó resultados positivos, en el 60% restante no se presentaron diferencias de género en sus resultados.

Una vez que hombres y mujeres han desarrollado dependencia al alcohol, su sintomatología será muy similar. Sin embargo, el efecto de una intoxicación frecuente en su vida diaria variará en forma importante debido a las diferencias en su función social y a las expectativas culturales.

Van de Goor, 1990; reportó que los cambios en los papeles y atribuciones femeninas y masculinas se reflejan sin duda en las prácticas de consumo de alcohol, conducta tradicionalmente definida como propia del sexo masculino. Con estos cambios, las mujeres tienen ahora más ocasiones para beber, la modificación en sus roles de género han afectado las normas que las limitaban a beber, entre hombres la causa más común, era inicialmente el hábito de beber sin causa aparente o sin problemas; en las mujeres el consumo de alcohol viene casi siempre acompañado de problemas. En otras palabras, en los hombres se debe a funciones de dominio, sociales y recreativas; en las mujeres la mayor razón para tomar es el escape de la realidad y reducción del estrés, Lammers, 1995.

Las mujeres casadas que trabajan reportan un más alto periodo de ingesta de alcohol, que las que sólo son amas de casa, sin embargo, esto indica un rol dual, ya que el estrés que pueden tener unas u otras las puede llevar a ambas a tener fuertes problemas con su forma de consumo de alcohol. Wilsnack, Wilsnack & Klassen, 1984.

En otros estudios se ha encontrado que los hombres ingieren bebidas alcohólicas en situaciones donde tienden a ejercer dominio, en situaciones sociales y recreativas, es decir, eventos agradables y públicos. Mientras que las mujeres prefieren consumir alcohol en condiciones más privadas en busca de escapar de su realidad o reducir estrés, Lammers 1995, Mulford, 1977, Bush & Feverlein 1975, Rosenbaum 1958.

Con el propósito de identificar si existían diferencias por género entre aquellas personas que acuden a un tratamiento para bebedores problema y si estas diferencias marcan los resultados obtenidos a corto plazo, en el año de 1997 se instrumentó esta tesis. Los datos fueron obtenidos de un programa de intervención breve desarrollado en la Ciudad de México entre 1993 y 1996¹⁰, para proporcionar tratamiento a bebedores con niveles bajo y medio de dependencia al alcohol y con una historia de problemas sociales relacionados con su forma de consumo. Se describen los resultados obtenidos al comparar los resultados entre hombres y mujeres, así como las implicaciones para adecuar los servicios de atención a las características de las personas que acuden a buscar tratamiento y de esta forma hacer más efectivo esta opción de tratamiento.

METODO

Sujetos

Para desarrollar este trabajo se revisaron los expedientes de 126 personas con problemas relacionados con su forma de consumo de alcohol que asistieron al Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema. Se formaron dos grupos de 63 personas del sexo femenino y 63 del sexo masculino y se aparearon por edad y nivel educativo. En la Tabla 1, se describen las características generales de los sujetos.

Para formar parte de la muestra para este trabajo, el requisito fue que hubieran completado la evaluación inicial. Esta evaluación incluía la determinación del nivel de dependencia al alcohol, patrón de consumo en los 12 meses anteriores, situaciones de riesgo para el consumo excesivo y consecuencias asociadas al patrón de consumo. En la Tabla 2, se describen estos datos.

Variables	Mujeres	Hombres
Edad:	X = 38.3 años	X = 38.3 años
Nivel Educativo: (No. de años)	X = 11.6 años	X = 11.8 años
Estado Civil:		
Casado	44%	60%
Soltero	35%	29%
Separados/divorciados	14%	11%
	6%	
Situación Laboral:		
Trabajo, tiempo completo	40%	83%
Trabajo, ocasional	2%	5%
Estudiante	10%	5%
Actividades del hogar	25%	8%
Otras*	23%	

Tabla 1. Características generales de la muestra.

Variables	Mujeres	Hombres
Número de años promedio de consumo de alcohol	15 años	17 años
Número de años de beber excesivo	8 años	12 años
Número de años de beber problemático	8 años	9 años
Tipo de bebida preferida:		
Pulque	0%	2%
Cerveza	30%	36%
Vino	11%	6%
Destilados	59%	54%

Tabla 2. Patrón de consumo característico.

Escenario

El lugar donde se llevó a cabo el tratamiento fue el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco; dependencia de la Facultad de Psicología de la UNAM; que cuenta con 6 cubículos para trabajo individual y 2 para trabajo grupal. Las visitas de seguimiento se realizaron a los 6 meses de ser dados de alta del programa y se hicieron en el hogar de los usuarios.

* Otras. En esta categoría se incluyen personas jubiladas, incapacitadas y sin empleo.

Instrumentos

Al realizar la evaluación inicial se aplican los siguientes cuestionarios o escalas:

- ☞ Cuestionario de Entrevista Inicial; que proporciona información sobre variables socio demográficas, datos personales, familiares, sociales y laborales, historia de consumo de alcohol consecuencias adversas.
- ☞ Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA); realizada por Raistrick D., et al (1986), traducida y adaptada al español por Echeverría, Oviedo, et al. Permite determinar el nivel de dependencia tomando en cuenta la frecuencia de ocurrencia de una serie síntomas.
- ☞ Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE); realizada por Sobell, L.C. y Sobell, M.B; (1980); adaptado al español por L. Echeverría, P. Oviedo et al. Permite determinar la frecuencia, cantidad e intensidad del consumo de alcohol en los 12 meses anteriores al ingreso al programa.
- ☞ Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA) realizado por Annis. H.M., Graham, J.M., et al (1982), adaptado al español por L. Echeverría, P. Oviedo et al. Permite determinar las situaciones de riesgo en donde se da el consumo excesivo.
- ☞ Cuestionario de Entrevista de Seguimiento, que proporciona información sobre variables socio demográficas, datos personales, familiares y laborales, así como las consecuencias por su consumo de alcohol, después del tratamiento.

Procedimiento

Como ya se mencionó, para la selección de los grupos se realizó una revisión de los expedientes y se eligió al total de mujeres que asistieron al programa y que realizaron como mínimo la evaluación inicial del tratamiento, formando un total de 63 mujeres.

Teniendo en cuenta las características en cuanto a edad y nivel educativo para cada una de las 63 participantes se seleccionaron 63 hombres que contaron con características similares en cuanto a edad y nivel educativo, formando de esta manera pares y conformando el total del grupo (126 sujetos), de los cuales se obtuvo la información que reportaron en los instrumentos ya descritos, durante la evaluación realizada a cada uno de los sujetos al inicio del tratamiento (Ver Tabla 1 y 2).

Posteriormente estas personas iniciaron el tratamiento que comprendía 4 sesiones de 45 minutos cada una, una vez a la semana. Una vez terminado el tratamiento se hicieron visitas de seguimiento a los 6 meses. Las personas que integraron el grupo y que se reportan en este trabajo no todas terminaron el tratamiento, aún así pudieron formar parte del grupo, ya que tenían los datos de la Entrevista Inicial completos.

Habiéndose obtenido los datos que se desprendieron de cada uno de los instrumentos mencionados en la evaluación inicial, se procedió a realizar un análisis estadístico para cada grupo por separado y en su conjunto; y un análisis posterior de los sujetos de los cuales se obtuvo su seguimiento a los seis meses de concluido el tratamiento.

RESULTADOS

En este artículo se presentan los resultados más relevantes al comparar al grupo de mujeres que llegaron a la tercera sesión, con el grupo de mujeres que terminaron el tratamiento y llegaron hasta el seguimiento, de la misma forma son presentados los resultados en el grupo de hombres.

Se encontró que la mayor parte de las mujeres que llegan al seguimiento, después de haber terminado el tratamiento, son solteras y con un nivel educativo más alto, que las mujeres que no terminaron el tratamiento y en el grupo de hombres se observa que el mayor porcentaje de los sujetos son casados y con un nivel educativo ligeramente menor. Estos datos se pueden observar en la Tabla 3.

ESTADO CIVIL	MUJERES	MUJERES EN SEGUIMIENTO.	HOMBRES	HOMBRES EN SEGUIMIENTO.
CASADO	41%	32%	57%	59%
SOLTERO	34%	40%	32%	29%
NIVEL EDUCATIVO	10 años	13 años	11 años	12 años

Tabla 3. Datos sociodemográficos

En la Tabla 4 se observa que tanto las mujeres como los hombres que terminaron el tratamiento y se encuentran en seguimiento reportan mayor incorporación a las actividades laborales o académicas (en el caso de las mujeres).

SITUACION. LAB.	MUJERES	MUJERES EN SEGUIMIENTO.	HOMBRES	HOMBRES EN SEGUIMIENTO.
ESTUDIAN	7%	16%	4%	0
TRABAJAN	38%	44%	87%	88%
LAB. DEL HOGAR	55%	40%	9%	12%

Tabla 4. Situación Laboral

Al revisar el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ver gráfica No. 1) que mide situaciones específicas de consumo de alcohol, que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para pérdida de control, se observó que las mujeres que terminaron el tratamiento reportan pérdida de control en situaciones personales y/o negativas, es decir, beben solas y en situaciones desagradables como estar triste, deprimido, etc., En el caso de los hombres el consumo excesivo se da en mayor proporción en situaciones de grupo (con los amigos) y positivas, para facilitar las relaciones o por presión del grupo.

La gráfica 2 nos muestra el uso del tiempo libre, los cuatro grupos señalan puntajes altos en actividades recreativas, sin embargo las mujeres que llegan al seguimiento tienen más actividades de este tipo y son las mujeres que no terminan el tratamiento, las que tienen el puntaje más alto de no tener actividades alternativas.

La Tabla 5 nos muestra la historia de consumo de los grupos y podemos observar que las mujeres que terminaron el tratamiento tienen menos años de consumo y por lo tanto de consumo problemático que las mujeres que no terminaron, pero en el caso de los hombres se observa lo contrario, los que llegan al seguimiento tienen más años de consumo y de consumo problemático. Con respecto al grado de dependencia, los grupos de hombres y mujeres que terminaron y llegaron al seguimiento mostraron un grado de dependencia mayor, al momento de ingresar al tratamiento.

	MUJERES	MUJERES EN SEGUIMIENTO.	HOMBRES	HOMBRES EN SEGUIMIENTO.
AÑOS DE CONSUMO	15 AÑOS	14 AÑOS	17 AÑOS	20 AÑOS
AÑOS DE BEBER EN EXCESO	8 AÑOS	8 AÑOS	12 AÑOS	11 AÑOS
AÑOS DE CONSUMO PROBLEMÁTICO	8 AÑOS	6 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS
GRADO DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL	X = 16.75	x = 18.32	x = 16.67	X = 19.88

Tabla 5. Historia de consumo

En cuanto a estilo de vida las mujeres que llegaron al seguimiento se mostraron inseguras con la forma en que llevan su vida, en el caso de los hombres en seg., se señalaron insatisfechos con la forma en que llevan su vida, al igual que las mujeres en tercera sesión, los hombres señalaron en igual proporción sentirse satisfechos e inseguros con su estilo de vida.

En la Tabla 6 observamos que las mujeres y hombres que terminaron el tratamiento y llegan al seguimiento se mantienen predominantemente en abstinencia, y presentan los porcentajes más bajos de consumo excesivo y muy excesivo durante el seguimiento. Estos números no se observan en el grupo de hombres y mujeres que no terminan consumo moderado, o muy excesivo, en el caso de los hombres también se mantienen la mayor parte del tiempo en abstinencia o en un consumo moderado.

	MUJERES	MUJERES EN SEG.	HOMBRES	HOMBRES EN SEG.
TIEMPO DE ABST.	63%	85%	59%	76%
CONSUMO MODERADO	12%	6%	15%	14%
CONSUMO EXCESIVO	13%	3%	12%	1%
CONSUMO MUY EXCESIVO	12%	6%	14%	9%

Tabla 6. Patrón de consumo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Un tema actual de discusión entre los especialistas en el área de las adicciones, se relaciona con los estudios de género. En particular, en un tratamiento para bebedores problema, la pregunta que surgió es si existen diferencias por género en respuesta al tratamiento. Para poder responder, es necesario que se realicen estudios sistemáticos que permitan medir si existen o no tales diferencias.

Los resultados de este estudio dirigido a identificar las características particulares de un grupo de mujeres, en comparación con un grupo de hombres que asistieron a un tratamiento para bebedores problema, nos mostraron que al igual que los hombres, las mujeres con problemas en su forma de beber, difieren en una serie de variables como son: situación laboral, nivel educativo, estado civil e historia de consumo.

Existen datos clínicos de varios estudios donde se ha observado que los hombres ingieren bebidas alcohólicas en situaciones donde se tiende a ejercer dominio, en situaciones sociales y recreativas; mientras que las mujeres prefieren consumir alcohol en condiciones más privadas como una forma de afrontar, en busca de escapar de su realidad o reducir su estrés (S.M.M.Lammers, 1995).

Estos datos sugieren una serie de áreas en donde hay que poner especial atención:

- ☞ Desórdenes afectivos
- ☞ Inestabilidad marital
- ☞ Inestabilidad familiar
- ☞ Patrón de consumo excesivo en respuesta a crisis.

En los resultados obtenidos se encontró que las mujeres que concluyen el tratamiento reúnen las siguientes características:

Se encontró que este grupo cuenta con un nivel educativo superior al reportado por los demás grupos alcanzando el nivel de licenciatura, el 40% de ellas se encuentran solteras y el 32% casadas; tienen más actividades recreativas, el 44% de ellas trabaja y el 40% se dedica a algún oficio; tienen menos años de consumo (14) y por lo tanto de consumo problemático (6) que las mujeres que llegan a tercera sesión (15 y 8 respectivamente).

Gran porcentaje de las mujeres que terminaron presentaban una dependencia severa (52%); las situaciones en las cuales consumen alcohol son de emociones desagradables y se perciben inseguras con su estilo de vida.

Por otra parte los hombres que concluyen el tratamiento, reportaron tener el nivel de bachillerato, reportando el 59% estar casados, el 29% solteros y el 12% divorciados, realizan actividades recreativas; el 88% de ellos trabajan y el 77% se dedica a algún oficio; los hombres que terminan al contrario de las mujeres tienen más años de consumo (20) y más de consumo problemático (10) que los hombres que llegan a la tercera sesión (17 y 10 respectivamente); indicaron tener una dependencia severa (53%); reportando que las situaciones en las cuales consumen alcohol son emociones agradables, sintiéndose insatisfechos con la forma en que llevan su vida.

Ambos grupos señalaron que las consecuencias más graves que les trae el consumo excesivo de alcohol son problemas afectivos.

Los grupos que llegaron solo hasta tercera sesión indicaron estar en nivel bachillerato, encontrarse en mayor proporción casados el 41% de las mujeres y el 57% de los hombres; en las mujeres el 34% trabajan y el 30% se dedica a labores del hogar, mientras que los hombres la mayoría trabaja (73%) y se dedica a algún oficio (59%), presentan una dependencia media ambos grupos, sus situaciones de consumo son momentos agradables y presión social, además de sentirse inseguros con su vida.

Al momento de terminar el tratamiento ambos grupos se sienten satisfechos con su forma de vida e indican sentirse bien en general.

Por otra parte, las mujeres reportan mantenerse la mayor parte del tiempo en la abstinencia y cuando consumen ya sea que lo hacen de forma moderada o muy excesiva.

En el caso de los hombres también se mantienen la mayor parte del tiempo en la abstinencia aunque es más bajo que el reportado por las mujeres, cuando consumen lo hacen de forma moderada y porcentaje más bajo lo hace de forma muy excesiva; cabe mencionar que en el caso de los hombres este consumo excesivo se debe a dos casos de recaídas, que aumentan la media reportada; al contrario de las mujeres que se debe a un incremento en su consumo.

Estos resultados nos llevan a proporcionar una serie de sugerencias; en primer lugar, señalar que durante la evaluación inicial una serie de variables nos están indicando poco éxito en el tratamiento. Si se detectan este tipo de características sería conveniente apoyar la terapia para mujeres con opciones terapéuticas para dar respuestas alternativas a situaciones de riesgo como la depresión; apoyar el tratamiento con métodos para incrementar la auto-estima; trabajo en el área de redes de apoyo social y un trabajo de detección temprana de las mujeres con estas características para apoyarlas desde el momento de ingresar al tratamiento.

Por otro lado, se encontró que aquellas mujeres con ciertas características, como son nivel educativo más alto, trabajo profesional fuera de la casa, mayor número de actividades, es decir, más independientes y seguras de sí mismas; fueron personas exitosas en el tratamiento.

De entrada, las personas con estas características deben motivarse para entrar a estas opciones de tratamiento, ya que los resultados obtenidos a largo plazo (12 meses), muestran éxito en su control de consumo.

Estos datos y reflexiones dan lugar a futuras investigaciones, ya que en este momento la controversia persiste debido a que se siguen observando diferentes pronósticos para hombres y para mujeres; y mientras la calidad de la recuperación difiere estos, el mito de que las mujeres tienen pronósticos peores que los hombres permanecerá. Es por esto que para romper el mito de que las mujeres tienen peores pronósticos que los hombres; es necesario realizar investigación al respecto, especificando el proceso de tratamiento y definiendo los componentes específicos del tratamiento ya sea para hombres como para mujeres de modo que los resultados sean reportados de la misma forma para ambos grupos.

2. DESARROLLAR PROGRAMAS PREVENTIVOS A NIVEL INDIVIDUAL Y COMUNITARIO PARA EVITAR QUE EL PROBLEMA SE PRESENTE.

El alcohol forma parte de la cultura en prácticamente todas las sociedades, en unos es signo de refinamiento, en otros complemento de celebraciones y hasta promotor de relaciones sociales. Sin embargo su importancia en el mercado y en la cultura, así como su papel de generador de serios problemas de salud, sociales, familiares e individuales son situaciones reconocidas en todos los círculos sociales, es en este contexto donde la prevención juega un papel muy importante.

La riqueza de información y experiencias en el campo de la prevención ha dado lugar a diversas definiciones y modelos preventivos; sin embargo se puede afirmar que en la educación para la salud el objetivo común es la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos que afectan la salud.

La prevención se entiende como la protección y promoción de la salud; es decir, significa preparar y disponer con anticipación lo necesario para lograr un fin, lo cual implica un proceso que pone en marcha los medios o condiciones apropiados para impedir la aparición o surgimiento del problema.

Cualquier tarea preventiva en materia de salud debe partir del conocimiento y valoración del estado de salud y las condiciones en que se encuentra el individuo y la comunidad a la que está encaminada la actividad. En el campo de las adicciones, la prevención se instaura como una labor impostergable que se ubica dentro del proceso del desarrollo individual y consecuentemente del desarrollo de nuestra sociedad. Así la prevención tiene como objetivo minimizar la probabilidad de que un individuo inicie el consumo y/o abuso de drogas.

La clasificación tradicional de prevención —primaria (la cual busca evitar que la enfermedad se presente por medio de la promoción de salud y su protección específica), secundaria (pretende detener el avance de la enfermedad y se sustenta en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno) y terciaria (la cual tiene como fin disminuir la incapacidad y ofrecer tratamiento o rehabilitación)— ha sido recientemente ampliada para incluir las variaciones individuales de vulnerabilidad y por tanto la intensidad de la intervención requerida.

De esta manera Gordon (1983) propuso un modelo basado en el concepto de costo-beneficio, según el cual el riesgo de que un individuo desarrolle una condición debería ser valorado frente al costo y los problemas secundarios derivados de la intervención preventiva. Por lo que propuso tres estrategias de prevención: indicada, selectiva y universal.

Estrategias Universales. Están planeadas para toda la población, en la que se encuentra todo individuo que no ha sido identificado en riesgo. Sin embargo sus medidas resultan útiles para grupos específicos como mujeres embarazadas; en muchos casos es posible aplicar estas estrategias sin asistencia profesional, como por ejemplo el uso del cinturón de seguridad, actualmente la prevención universal sustituye el concepto de prevención primaria por ser más claro y mejor descriptor de la población objetivo. Las acciones universales tienen la ventaja de ser de bajo costo en términos individuales, son aceptadas y efectivas para los habitantes y no representan ningún riesgo en cuanto a su difusión y aplicación.

Estrategias Selectivas. Son aplicables cuando la persona forma parte de un grupo en el que los riesgos de desarrollar una enfermedad —individuales o ambientales— son mayores y por lo tanto, las estrategias universales resultan insuficientes. Por ejemplo, adolescentes que viven en zonas donde hay un elevado nivel de disponibilidad de drogas; se recomiendan cuando el costo no excede un nivel moderado y los efectos negativos de las medidas no existen o son mínimos, por ejemplo, el despertar la curiosidad de los adolescentes de probar drogas al ser sometidos a programas de educación.

Estrategias Indicadas. Se aplican entre quienes presentan elevados índices de riesgos tanto ambiental como individual, esta estrategia se refirió anteriormente como prevención terciaria, fue implementada para grupos específicos, e una intervención persona a persona y son por tal motivo de alto costo, generalmente se encuentran dirigidas a individuos asintomáticos pero con una cognición clínicamente normal. Se encuentra enfocada sobre la prevención del futuro progreso de un proceso patológico o síntomas secundarios que puedan desarrollar complicaciones futuras. La identificación de estos individuos es el objetivo de los programas de protección; debido al costo no se aplican a poblaciones numerosas. Si bien pueden identificarse algunos ejemplos en el campo de la salud mental, tales como la intervención en hijos de alcohólicos o en aquellas personas con síntomas de depresión que no alcanzan diagnóstico según las clasificaciones internacionales, su aplicación no es tan clara como en el caso de otros campos.

En 1994 el Comité de Prevención de Desórdenes Mentales del Instituto de Medicina de E.U., propuso un modelo en el que el término de prevención se aplica para definir a aquellas intervenciones que ocurren antes del inicio de la enfermedad, incorporando los conceptos de prevención universal, selectiva e indicada, abarcando un espectro más amplio que incluye al tratamiento y mantenimiento del paciente.

La intervención del tratamiento incluye la identificación de casos y el tratamiento adecuado para un padecimiento específico, el cual incluye el reducir la probabilidad de futuros problemas; es decir la comorbilidad; se propone reducir el tiempo de manifestación de la enfermedad, detener el progreso hacia estados de mayor severidad y prevenir la reaparición de episodios o bien distanciar el tiempo entre ellos.

La intervención de mantenimiento requiere por un lado el compromiso del paciente con un tratamiento a largo plazo, para reducir la posibilidad de recaídas o la recurrencia de una condición crónica y por otro lado la previsión de servicios posteriores al tratamiento, incluyendo el reinicio del programa. Esta intervención es de apoyo, educativa y/o farmacológicas, se proporciona a personas cuyo padecimiento continúa después de la intervención inicial. Se dirige principalmente a los casos más severos.

Las intervenciones preventivas se dirigen a aquellas personas que tienen signos mínimos, pero detectables de síntomas que indican la probabilidad de que se desarrolle un desorden, o que tienen marcadores biológicos que señalan una predisposición a tal, a su vez señalan que la prevención funciona y debe contemplar diferentes etapas que incluyan el reconocimiento y la definición del problema, de los factores de riesgo involucrados y de posibles factores de protección y de la intervención misma.

Estudios hechos durante las últimas dos décadas han intentado determinar el origen y trayectoria del uso de drogas, cuando empieza y cómo progresa, de esta manera se han detectado varios factores que diferencian a los que usan drogas de los que no los usan. Los factores asociados con un potencial mayor para el consumo de drogas se llaman factores de riesgo, mientras que los asociados con una reducción en la probabilidad de uso de drogas se llaman factores de protección.

Los factores de riesgo más fundamentales son los que afectan al desarrollo temprano de la familia:

- ☞ Ambiente doméstico caótico, particularmente cuando los padres abusan de drogas o tienen enfermedades mentales
- ☞ Paternidad ineficaz en particular con niños de temperamento difícil y desórdenes de conducta
- ☞ Falta de apego o cariño mutuo
- ☞ Comportamiento inadecuado de timidez y agresividad en aulas
- ☞ Fracaso escolar
- ☞ Insuficientes conocimientos prácticos para hacerle frente a la sociedad
- ☞ Afiliación con compañeros pervertidos o con compañeros que muestran conducta pervertida
- ☞ Percepción de aprobación del uso de drogas en el ambiente escolar y social, así como entre sus compañeros.

Los factores de protección más notables comprenden:

- ☞ Fuertes lazos familiares
- ☞ Estar expuesto a reglas claras de conducta dentro del núcleo familiar y el involucramiento de los padres en la vida de sus hijos
- ☞ Vigilancia por parte de los padres
- ☞ Éxito escolar
- ☞ Relaciones estrechas con instituciones pro-sociales tales como la familia, escuela, organizaciones religiosas
- ☞ Adopción de normas convencionales sobre el uso de drogas

Los programas de prevención pueden orientarse hacia una variedad de drogas de abuso, como tabaco, alcohol, inhalables y marihuana, o puede orientarse hacia un solo aspecto del abuso de drogas como el mal uso de medicamentos.

Los programas de prevención deben incluir el desarrollo de aptitudes generales para la vida y de técnicas para resistir las drogas cuando les sean ofrecidas, reforzar la actitud y los compromisos personales contra el uso de drogas aumentando la habilidad social. En el caso de los programas para niños y adolescentes, se deben incluir métodos interactivos que se adapten a la edad de las personas, como grupos de discusión o de solución de problemas y de toma de decisiones en grupo.

Además de incluir componentes en donde se creen grupos de padres que aprendan técnicas a través de las cuales puedan reforzar lo que los niños están aprendiendo y abran la posibilidad de tener discusión familiar sobre el uso de sustancias.

Los programas de prevención deben ser a largo plazo con repetidas intervenciones para reforzar las metas preventivas originales.

Se ha encontrado que los programas orientados a la familia resultan ser más eficaces que los que se centran solo en los padres o en los hijos, de igual forma los programas comunitarios que se orientan a campañas en medios de comunicación resultan ser más eficaces cuando se acompañan de intervenciones escolares y familiares, de forma similar estos programas necesitan reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los ambientes de prevención como familia, trabajo, escuela y comunidad.

En la comunidad para determinar un nivel de riesgo es importante determinar el alcance del uso de drogas y el conocimiento del problema dentro de la comunidad; alcanzar un entendimiento de la cultura social de la comunidad y cómo esta se ve afectada por el uso de drogas, consultar con líderes comunitarios que trabajan en el área de abuso de drogas y áreas relacionadas, y aprender que esfuerzos están encaminados a la solución de problemas.

Por otro lado las escuelas ofrecen la oportunidad de llegar a todas las poblaciones; además el programa debe adaptarse a la comunidad local, mientras más alto sea el nivel de riesgo más grande debe ser el esfuerzo de prevención y más temprano debe empezar; los programas de prevención deben ser vistos como costo-benéficos, ya que el gasto en tratamiento implicaría un gasto mayor que la prevención en sí.

Desde la perspectiva de la psicología de la salud, la intervención es fundamentalmente la aplicación de un programa o campaña preventiva, la cual exige definir cuál es la población objetivo o población en riesgo, cuáles serán las conductas a modificar o implantar en el grupo y cuales serán las variables dependientes (manifestaciones del daño) a través de las cuales se medirá el efecto preventivo de la intervención.

3. DESARROLLAR PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA REDUCIR LOS DAÑOS QUE CAUSA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

La mayoría de los servicios de tratamiento que existen en México están orientados a los bebedores severamente dependientes (o alcohólicos), los cuales son atendidos por médicos o psiquiatras, o acuden a grupos de auto ayuda (AA), en los cuales se instrumentan estrategias apropiadas para esa población; sin embargo, los bebedores con un bajo nivel de dependencia tienen una probabilidad muy baja de recibir un tratamiento adecuado a su problemática, lo que constituye un balance inadecuado en la prestación de servicios (Sobell & Sobell, 1993).

Se llama Prevención secundaria a la estrategia que consiste en identificar a las personas que se encuentran en las primeras etapas de un padecimiento, a fin de proporcionarles un tratamiento oportuno que impida que llegue a desarrollar una enfermedad, es decir una correcta detección temprana.

En este punto se ha encontrado que los Psicólogos pueden ser la mejor alternativa para atender a esta población; ya que se ha encontrado que los psicólogos obtienen mejores resultados cuando realizan una intervención temprana, y como sabemos los bebedores problema entran en estos niveles debido a su nivel de dependencia, la cual no llega a ser severa.

Ante esta situación se ha desarrollado a partir de estas dos últimas décadas alternativas de intervención breve para bebedores de bajo nivel de dependencia, tomando en cuenta las características particulares de esta población y su interés por llevar tratamientos que solucionen su problemática en poco tiempo. En esta línea surge el **Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido a Bebedores Problema**, el cual ha mostrado resultados promisorios, y que constituye una opción de las acciones que se tienen de prevención secundaria para este tipo de problemática.

Las intervenciones breves surgieron en los años setenta cuando empezaron a buscar formas de identificar tempranamente a personas que beben en exceso con el fin de proporcionar un tratamiento de reducida complejidad para modificar su problemático patrón de consumo.

El concepto de intervención breve se ha utilizado desde entonces para describir las técnicas específicas que confrontan a las personas con problemas de consumo de alcohol y que las motivan a iniciar un tratamiento.

Posteriormente empezaron a aparecer evaluaciones alentadoras de la efectividad de la intervención con bebedores problema, dichos resultados se mantuvieron en los seguimientos. Otros investigadores empezaron a trabajar sistemáticamente sobre la efectividad de diversas formas de intervención y hallaron que las investigaciones sencillas, de bajo costo, basadas en uso de manuales, auto monitoreo o consejo breve, podrían ser una intervención inicial con aquellas personas que bebían en exceso, pero que no presentaban dependencia severa.

La *evaluación positiva de la intervención breve para bebedores problema constituye el fundamento para las acciones de prevención secundaria en este sector*. Las intervenciones terapéuticas cognitivo-conductual muestran una particular efectividad; se caracterizan por su corta duración, por no ser una intervención compleja, por presentarse en una modalidad de consulta externa y por permitir al usuario elegir entre la moderación o la abstinencia como metas viables de tratamiento.

En México, este tipo de intervención breve fue adaptado a población mexicana obteniendo muy buenos resultados, este programa de tipo motivacional conocido como Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, ayuda al usuario a comprometerse a cambiar su conducta, así como a organizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. La meta es ayudarlo a desarrollar estrategias generales de solución de problemas que le permitan enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta.

En base a este programa se brinda atención a bebedores problema en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, Cd. De México.

Dentro del Centro de Servicios se trata de fomentar el desarrollo académico de los estudiantes en las diferentes corrientes teóricas que se brindan, que consiste en observaciones a través de las cámaras de Gessell de la correcta aplicación de las técnicas terapéuticas que se brindan en este lugar, así como la realización de prácticas orientadas a la aplicación de la técnica aprendida; otra de las actividades es la tarea de investigación que tienen como fin el desarrollo de nuevas técnicas terapéuticas o adaptación de las ya existentes a las necesidades de la población que asiste al centro.

Por su parte el programa De Auto Cambio Dirigido incluye una evaluación inicial con la que se obtiene información sobre el problema de consumo de la persona y algunas variables importantes que deben tomarse en cuenta.

Posteriormente el usuario recibe material de lectura y tareas relacionadas y asiste una vez por semana, durante 45 minutos aproximadamente en 4 sesiones de tratamiento. Es importante destacar que las personas que acuden a este programa tienen distintos problemas y circunstancias que los llevaron a un consumo excesivo y por tanto tendrán diferentes estrategias de cambio. La flexibilidad y adaptación a las necesidades de cada persona debe ser la principal consideración cuando se aplica este programa.

Dentro del Programa de auto-cambio se persigue atender a personas que tienen una dependencia media o baja al alcohol por medio de una intervención breve como el Programa de auto-cambio dirigido para Bebedores Problema. El programa consiste en una intervención breve y motivacional que ayuda al usuario a comprometerse a cambiar su conducta, así como a organizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. La meta es ayudarlo a desarrollar estrategias generales de solución de problemas que le permitan enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta.

En las primeras sesiones se pretende que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo así como las consecuencias relacionadas a este y en las últimas sesiones se pretende que el usuario desarrolle estrategias para manejar esas situaciones.

La primera sesión se lleva a cabo siete días después de la evaluación y su objetivo es que el usuario evalúe los pros y los contras que experimenta por su consumo excesivo de alcohol y que identifique los pros y los contras que acompañarían a un cambio en el consumo.

En la segunda sesión el usuario debe de identificar los factores que desencadenan su consumo excesivo así como sus consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo y se plantea la recuperación como una perspectiva a largo plazo.

En la tercera sesión se describe una estrategia básica de solución de problemas. Esto se hace con el fin que el usuario relacione la estrategia con situaciones de consumo excesivo por medio del desarrollo de un plan de acción de conductas alternativas para esas situaciones.

Así mismo se identifican sus propios recursos (estilos de afrontamiento efectivos y recursos sociales disponibles) que podrán utilizar para cambiar su conducta.

En la cuarta sesión se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se revisan planes de acción para ellas. Se señala la importancia de lograr un resultado exitoso a largo plazo y se establece el compromiso de llevar a cabo sesiones adicionales en el caso que se solicite, así como el seguimiento por parte del terapeuta de los avances logrados a través del tiempo.

Las tareas tienen por objetivo que las resuelvan para que identifiquen las situaciones antecedentes a su consumo affinché posteriormente sean capaces de desarrollar sus propios planes de acción para situaciones similares futuras.

Las lecturas tienen como propósito informar a los usuarios de los diferentes términos que se utilizan a lo largo del programa de tal forma que sean comprensibles para ellos y puedan analizar sus propias situaciones de consumo además que utilicen la técnica de solución de problemas en el consumo de alcohol.

La posibilidad de incorporar este tipo de intervenciones breves en instituciones de atención de salud pública harían posible ampliar este tipo de servicios a un sector que tiene pocas posibilidades de acceder a opciones adecuadas de atención, además de impedir que el problema avance a etapas más severas a través de detecciones más tempranas y de menor costo para los centros de tratamiento.

4. APLICAR PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA REHABILITAR A PERSONAS ADICTAS.

El término tratamiento incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados y población objeto. Puede tratarse de una sola sesión, o bien, de tratamientos en los que el paciente es internado y permanece aislado de su medio durante periodos relativamente largos. En este rango de opciones destacan las llamadas intervenciones breves, las cuales ofrecen una opción de abordaje terapéutico que no está en conflicto con otras opciones de tratamiento.

Las intervenciones breves presentan en la actualidad las siguientes características: se restringen a un máximo de cuatro sesiones, en las que se proporciona consejo y apoyo para motivar a la persona a un cambio en su conducta de consumo de alcohol, así como la información necesaria para lograr que el consumo sea moderado, se proporciona a individuos que tienen problemas con su forma de beber, pero que no han sido diagnosticados con dependencia severa, la meta de la intervención es la moderación o la abstinencia.

A finales de los años 70s empezaron a aparecer evaluaciones alentadoras de la efectividad de la intervención con bebedores problema, dichos resultados positivos, se mantuvieron durante los seguimientos que se hicieron a los clientes.

Un estudio que llamó la atención fue el de Miller y col; en el que utilizó una forma de biblioterapia (manual de auto ayuda), los resultados mostraron que el apoyo por escrito podría ser tan efectivo como una intervención compleja.

Otros investigadores empezaron a trabajar sistemáticamente sobre la efectividad de diversas formas de intervención (sencilla o mínima) y hallaron que las intervenciones sencillas, de bajo costo –basadas en uso de manuales, auto monitoreo o consejo breve- podrían ser una intervención inicial con aquellas personas que bebían en exceso pero que no presentaban dependencia severa.

En México desde 1982, se inició un programa de investigación en el que participaron 11 países bajo la supervisión de la OMS, con el fin de evaluar la eficacia de este tipo de intervenciones en centros de atención de primer nivel. Los resultados mostraron un efecto positivo (disminución de consumo), aunque de magnitud moderada, lo cual señala la potencialidad de este tipo de intervenciones en nuestro país.

Las intervenciones terapéuticas cognitivo-conductual muestran una particular efectividad, se caracterizan por su corta duración, por no ser una intervención compleja, por presentarse en una modalidad de consulta externa y por permitir al usuario elegir entre la moderación o la abstinencia como metas viables del tratamiento.

Estas aproximaciones están basadas en la Teoría del aprendizaje social desarrollada por Bandura, la cual se fundamenta en los principios y procedimientos del condicionamiento clásico y operante, e incorpora otros de gran importancia como los procesos simbólicos, vicarios y de autorregulación. Esta teoría busca explicar la manera en que los individuos adquieren y mantienen una conducta y para ello incorpora tres elementos clave: la importancia de los antecedentes ambientales inmediatos y las consecuencias de la conducta, y los procesos cognoscitivos cuya ausencia o presencia puede explicar e incluso prevenir algunas conductas de consumo problemático.

La teoría del aprendizaje social propone que el abuso en el consumo de alcohol es una conducta aprendida, un hábito mal adaptativo o sobre aprendido dentro de un contexto cultural y en algunos casos con un componente genético. Es decir el individuo es un agente activo en el proceso de aprendizaje, por tanto si una persona abusa del alcohol puede aprender mediante mecanismos de autorregulación, a modificar su consumo ya hacer un uso no problemático de esta sustancia. Las creencias, las expectativas, las habilidades de afrontamiento y la percepción de auto eficacia juegan un papel clave en la regulación de las conductas relacionadas con el uso de alcohol.

El componente fundamental que guía la modificación de estos hábitos es la autorregulación, que consiste en un proceso a través del cual el individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su cambio, a fin de lograr un cambio positivo. La autorregulación busca facilitar el cambio alentando a las personas a identificar las razones para cambiar. Durante el proceso se aprende a analizar la conducta de consumo (identificar los antecedentes y las consecuencias de las situaciones de consumo moderado y excesivo) y se emplean estrategias específicas (fortalezas y recursos de los bebedores problema) para manejar situaciones de alto riesgo que usualmente ellos llevan a abusar del alcohol, así como estrategias globales (de enfrentamiento) para modificar estilos de vida riesgosos o dañinos.

El programa consiste en una intervención breve y motivacional que ayuda al usuario a comprometerse a cambiar su conducta, así como a organizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. La meta es ayudarlo a desarrollar estrategias generales de solución de problemas que le permitan enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta. El programa incluye una evaluación inicial con la que se obtiene información sobre el problema de consumo de la persona y algunas variables importantes que deben tomarse en cuenta.

Después, el usuario recibe material de lectura y tareas relacionadas asistiendo una vez por semana, durante 45 minutos aproximadamente, a cuatro sesiones de tratamiento. Es muy importante destacar que las personas que acuden a este programa tienen distintos problemas y circunstancias que los llevaron a un consumo excesivo y por tanto, tendrán diferentes estrategias de cambio.

La admisión es el primer paso en el programa de intervención breve y tiene su importancia en ser el primer contacto que el cliente tiene con el terapeuta y donde éste recibe valiosa información.

Antes de iniciar la evaluación el terapeuta debe identificar que tan comprometido está la persona para el cambio. En este modelo la motivación no es una característica propia del cliente, ni tampoco algo que la persona posee, sino algo que se desarrolla y actúa. Involucra reconocer un problema, buscar una forma de cambiar, empezar, continuar y completar una estrategia de cambio.

Un modelo muy útil para identificar el proceso de cambio fue desarrollado por Prochaska y DiClemente (1986) estos autores estudiaron como ocurrían los cambios en las personas (como algunas personas dejaban de fumar o bajaban de peso), observando que el cambio pocas veces es un evento repentino, sino que involucra una serie de etapas; 1) Precontemplación, en donde la persona no considera el cambio como necesario, regularmente llega al tratamiento forzado por terceros, 2) Contemplación, la persona identifica que tiene un problema, pero rechaza la idea de cambiar, 3) Determinación, la persona se encuentra convencida de la necesidad de un cambio y es cuando el terapeuta debe darle estrategias para lograrlo, 4) Acción, existe un compromiso claro de hacer algo para cambiar 5) Mantenimiento, el reto de las conductas adictivas es mantener el cambio y prevenir, 6) Recaídas, el trabajo consiste en evitar que se presenten, y en caso contrario, trabajar junto con el usuario para que este sea visto como parte de un proceso de aprendizaje, el cual le llevará a valorar y ser más consciente de su proceso de cambio.

Las tres últimas etapas se revisan con detalle durante el tratamiento; las tres primeras son parte fundamental de la entrevista de admisión. Dicha entrevista consiste en un proceso de confrontación en el que se intenta llevar al cliente hacia una responsabilidad personal con su problema de consumo e iniciar el proceso de cambio.

La valoración y tratamiento de individuos con problemas de alcohol y drogas es un trabajo difícil por varias razones. Primera, la educación y entrenamiento profesional le ha dado muy baja prioridad al campo del abuso de sustancias en muchos programas de entrenamiento profesional; Segunda, hay gran cantidad de concepciones equivocadas, aún entre profesionales sobre la naturaleza de los desórdenes por alcohol y drogas, Tercera, algunos clientes están renuentes a cooperar completamente con el proceso de valoración porque han sido presionados por otros para buscar tratamiento, además de que muchas personas no visualizan su consumo de drogas lo suficientemente severo como para buscar tratamiento y en muchos casos ni siquiera lo consideran un problema, Cuarta, algunas correlaciones del abuso de sustancias puede ser que no sean manifiestas durante muchos años. Si el personal clínico limita su valoración a complicaciones a largo plazo reconocidas de beber, no podrán valorar adecuadamente a muchos individuos que pueden ser beneficiados con tratamiento, Quinta, hay evidencia de que los síntomas de abuso de alcohol varían con el tiempo y entre individuos (Pattison, Sobell & Sobell, 1977), personas con historiales de bebida similares, no han experimentado las del mismo tipo de consecuencias, Sexta, ya que el consumo de drogas esta asociado a altos niveles de recaídas después del tratamiento (Sutton, 1979; Pechacek, 1979; Rounsaville & Kleber, 1985; Chaney, Roszell & Cummings, 1982; Polich, Armr & Braiker, 1981; Marlatt & Gordon, 1985; Miller & Hester, 1986), la valoración debe incluir una revisión de estrategias de tratamiento previas y la respuesta del cliente a esas intervenciones.

La mayoría de los programas de tratamiento para el abuso de sustancias requieren de un diagnóstico, ya que se ha encontrado que las formulaciones del diagnóstico tienen utilidad clínica, por ejemplo, algunas investigaciones con consumidores de alcohol han sugerido que la severidad de la dependencia, está asociada con la forma en que responden los individuos a las diferentes metas de tratamiento (abstinencia o moderación y la intensidad del tratamiento (Heather & Robertson, 1983; Orford & Keddie, 1986; Annis, 1986). Finalmente, ya que algunos usuarios de drogas tienen otro tipo de problemas, es necesario determinar con el diagnóstico, si este es debido al uso de drogas o son manifestación de otro tipo de desorden (Grande, Wolf, Schubert, Patterson & Brocco, 1984; Solomon, 1983; Rounsaville, Weissman, Crits-Christofon, Wilber & Kleber, 1982). Un estudio encontró que los usuarios de alcohol y drogas que tenían síntomas psiquiátricos pronunciados antes del tratamiento tuvieron peores resultados y fueron hospitalizados más frecuentemente que los clientes con poco o ningún síntoma (McLellan y col., 1983).

En este momento se debe obtener información relevante para utilizarla y hacer responsable al cliente de su cambio. Además la información que se obtiene durante la entrevista inicial proporciona al terapeuta datos sobre la forma de consumo y los problemas que ya presenta el cliente (antecedentes); la información que se obtiene durante esta primera sesión incluye información sobre variables sociodemográficas historia y patrón de consumo, situaciones antecedentes y consecuencias relacionadas con el beber, a través de la utilización de diferentes instrumentos.

Lo primero que se hace es medir el grado de dependencia al alcohol, lo cual nos ayuda a determinar si el cliente es un candidato apto al programa o se canaliza a un programa más intenso. De esta manera el programa utiliza la Breve escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), desarrollada por Raistrick en 1986, el cual tiene la capacidad de ser sensible a los niveles bajos de dependencia, además de ser sencillo, rápido y fácil de administrar, así como de calificar; es una escala de 15 reactivos sobre una escala de 4 puntos, en donde de 0 a 9 puntos indican una dependencia baja, de 10 a 19 es moderada y de 20 en adelante es severa.

Una vez obtenido el grado de dependencia se continúa con la exploración del **patrón de consumo**, para obtenerlo se aplica la línea base retrospectiva de Alcohol (LIBARE) fue desarrollada por Sobell y Sobell en 1992, a través de este método se le pide al usuario que reconstruya su consumo día a día un tiempo específico hacia atrás en un lapso de tiempo. Es un método que ha mostrado ser confiable y válido para medir cantidad, frecuencia y variabilidad del consumo de alcohol (Maisto, Sobell & Sobell, 1979, 1992), existiendo una alta correlación entre el LIBARE y los marcadores biológicos (Richardson, 1991) además de ser una herramienta útil comparado con los datos de los colaterales (Babor, Stephens & Marlatt, 1987; Sobell & Sobell, 1992).

En estudios sobre propiedades psicométricas del LIBARE para medir el consumo de alcohol, han mostrado una alta estabilidad temporal, con una correlación test-retest de .85.

El auto monitoreo (SM), ha sido utilizado para evaluar la conducta del cliente en alguna situación y para ver los efectos del cambio terapéutico (Kazdin, 1974). Además de proveer al terapeuta de información que de otra forma no sería fácil de obtener.

El auto monitoreo pide al sujeto recordar su consumo en el momento actual de consumo, minimizando de esta forma el problema de recordar los detalles. A diferencia del LIBARE este método es prospectivo.

Además de ser efectivo para recordar, ayuda a que la persona pueda aprender a cambiar su conducta de consumo (Kazdin, 1974; Nelson, 1977). Sobell & Sobell (1973), reportaron que las personas que consumían alcohol y que habían llevado un registro (auto monitoreo), podían haber reducido su consumo, como resultado de este procedimiento.

Una parte esencial es la identificación de **situaciones de riesgo** que preceden el consumo excesivo; para medir las situaciones de riesgo Annis y Graham 1987, quienes desarrollaron un Inventario de Situaciones de consumo basadas en la clasificación de hecha por Marlatt y sus colegas. Las situaciones se dividen en situaciones personales o aquellas que involucran a terceras personas. Este instrumento se conforma de 100 reactivos que se encuentran agrupados en alguna de las áreas que evalúa el instrumento.

Por último se mide la confianza o nivel de auto eficacia que el usuario tiene sobre el control del consumo en situaciones de riesgo (CCS), lo cual nos brinda la posibilidad de saber cómo se percibe el usuario sobre su capacidad para eliminar su consumo, ya que estudios han indicado que una percepción favorable y confiada ayuda a tener mejor pronóstico para el tratamiento.

Al final de esta primera sesión se le entrega al usuario sus tareas y lecturas con las que va a iniciar el proceso de tratamiento, además se explica el manejo de auto monitoreo el cual a partir de ese momento va comenzar a registrar. Como parte de esta sesión se trabaja con una entrevista inicial en donde se recopila información sobre las características sociodemográficas generales del cliente, motivo de consulta, historia de consumo de drogas, es decir el primer acercamiento al problema de consumo.

Todo este proceso tiene el fin de cubrir los criterios necesarios para iniciar un proceso de tratamiento, además de brindar una serie de herramientas al terapeuta que le sirvan de guía para decidir el camino que se va a seguir en la atención con cada usuario en específico.

Para que un tratamiento sea efectivo, debe seguir una serie de principios que pueden ayudar a que la intervención tenga éxito como son, el tener presente la concepción de que un tratamiento puede ser efectivo para cierto tipo de población, pero eso no significa que deba serlo para todo tipo de problemática, de igual manera se debe observar la necesidad de complementar el tratamiento con otro tipo de intervenciones que cubran las necesidades del usuario. En muchos casos el tratamiento necesita ser acompañado de una intervención más intensa que a su vez vaya acompañada como la medicación, servicios médicos, terapia

familiar, instrucción, rehabilitación vocacional, apoyo en servicios legales y sociales, tratamiento para la depresión, autoestima, etc; de forma que al final este pueda ser integrado a un funcionamiento productivo y de interacción con familia, trabajo y sociedad.

Los tratamientos, dentro de su generalidad deben ser individuales en el sentido de adecuarse a las necesidades de cambio de cada individuo aun dentro del proceso de intervención. Por otro lado se debe tener muy presente el proceso de duración, el cual podrá variar de acuerdo al problema y necesidades del usuario.

El proceso de motivación y desarrollo de habilidades, alternativas ante el consumo y el desarrollo de la capacidad para remplazarlas por actividades constructivas, habilidades de solución de problemas y el manejo interpersonal y familiar, son componentes para una intervención efectiva.

Los eventos que preceden al uso de diversas sustancias así como las consecuencias a corto y a largo plazo por el uso de sustancias deben ser identificadas, ya que pueden ser críticas para entender las funciones del uso de drogas por parte del individuo. Una valoración detallada del uso de drogas proporciona información crítica para el desarrollo de las metas de tratamiento y sus estrategias; también ya que la abstinencia a largo plazo como resultado del tratamiento para usuarios de drogas es raro (Vaillant, 1983; Marlatt, 1983; Stitzer, Bigelow & Liebson, 1979).

La primera sesión entonces, tiene como objetivo incrementar la motivación para el cambio y conocer el nivel de auto eficacia del usuario. Como parte de la admisión se introduce el concepto de bebedor problema, lo que da la pauta para que el usuario asuma su consumo como algo aprendido y que en el momento en que lo decida lo puede dejar, lo que descarta el concepto de enfermedad bajo este enfoque, es decir, se deposita la responsabilidad de su mejoría al cliente, ya que se ha encontrado que la involucración en su tratamiento y en las decisiones que se toman, por sí mismo es un gran motivador para el cambio (Miller & Hester, 1986).

En esta sesión se revisan los resultados de la Línea Base Retrospectiva, lo que ayuda a colocar al cliente en una posición en la que si no se había dado cuenta del consumo que presenta, el LIBARE lo hace evidente, así como el primer acercamiento a los momentos en que es más probable el inicio de consumo. Por otro lado se revisa el auto monitoreo, el cual ayuda al usuario a tener claro los días de probable consumo y los pensamientos que se relacionan a este.

Una vez revisada esta información, se trabaja con el Balance Decisional, el cual ayuda a discutir sobre los costos y beneficios de cambiar su forma de consumo hacia la moderación o la abstinencia, de igual manera los costos y beneficios de continuar consumiendo, esta herramienta busca hacer reflexionar al usuario sobre las consecuencias que se pueden incrementar si no se cambia el consumo, de igual forma las ganancias que se producen al cambiar la forma de consumo, así como ahondar en las razones del cambio.

En esta misma sesión se trabaja sobre el primer establecimiento de metas, ya sea hacia la moderación o la abstinencia, en este momento la decisión está en las manos del cliente, puesto que él elige el tipo de meta que considera adecuada para sí, aquí el terapeuta puede cambiar la decisión sólo cuando el nivel de daño físico primordialmente, pueda afectar al usuario, en este caso se sugiere la abstinencia; si no es el caso, se trata de que el usuario mantenga la meta establecida, no sólo durante el tratamiento, sino después de su conclusión, además de seguir algunas recomendaciones como el no consumir más de cuatro copas por ocasión, dejar pasar una hora entre copa y copa, no beber diariamente, alternar el alcohol con otras bebidas.

Al final de esta sesión, se proporcionan lecturas y tareas para la siguiente sesión, así como el continuar con su registro.

La evaluación del medio ambiente del cliente para riesgos de recaída en el uso de drogas es muy importante. Las recaídas pueden ocurrir durante o después del tratamiento, en esa medida el objetivo del monitoreo es detectar esos consumos y tratarlos; la terapia cognitivo conductual ha desarrollado estrategias de prevención de recaídas, las cuales están basadas en la teoría de aprendizaje la cual juega un rol crítico en el desarrollo de conductas mal adaptadas.

De esta forma los individuos aprenden a identificar las conductas problemáticas a través de la experiencia y buscar así la abstinencia, las técnicas incluyen la exploración de las consecuencias negativas y positivas de continuar su uso, auto monitoreo, manejo del deseo, la identificación de las situaciones de alto riesgo.

En esta etapa se debe tomar en cuenta que los bebedores problema no siempre toman en exceso, en ciertas ocasiones pueden mantener un control adecuado sobre su consumo. El cliente debe identificar situaciones que se relacionan con el consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas que se relacionan a este consumo. Estas situaciones llamadas de riesgo se comparan con los resultados obtenidos durante la evaluación inicial por medio del ISCA; el objetivo de esta comparación es llevar a cabo un análisis funcional de la conducta al identificar antecedentes y consecuencias del consumo.

Además durante esta misma sesión el terapeuta discute la alta probabilidad de que el cliente tenga una recaída, la cual se define como una ocasión en que el consumo rebasa la meta auto impuesta debido a una situación específica. Es entonces donde se enfatiza el ver a la recaída no como un fracaso personal o un indicador de que el tratamiento no funciona, sino como una experiencia necesaria en un proceso de cambio de un comportamiento adictivo.

Esta información proporciona al terapeuta la pauta para reforzar la idea de identificar las situaciones de riesgo y buscar afrontar exitosamente las situaciones que se presentan, ya que al hacerlo, se experimenta un incremento en la confianza para controlar el consumo, lo que reduce la posibilidad de recaídas.

Durante la tercera sesión se trabaja en un programa general de solución de problemas, en donde el usuario una vez que identificó los factores o situaciones que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias que esto le produce, debe estipular una serie de alternativas que lo ayuden a evitar que el consumo excesivo se dé ante estas situaciones. Es muy importante explicarle que en el proceso de aprender a beber moderadamente no puede actuar de manera impulsiva o en forma no planeada.

A fin de lograr un consumo moderado se debe preparar para actuar ante ciertas situaciones, en particular en aquellas identificadas como de riesgo. Es decir, el usuario debe saber cuantas copas beberá y que estrategias utilizará para controlar su consumo.

De igual forma debe anticiparse a situaciones no contempladas como la presión de amigos, asistencia a lugares donde no contempló la presencia de alcohol, cambios en su estado de ánimo; es en este momento donde debe ser capaz de poner en práctica todas sus habilidades de afrontamiento que sean adecuadas a esa situación en particular.

Durante esta sesión, además del desarrollo de estrategias de afrontamiento, se contempla el buscar actividades que sean incompatibles con el consumo de alcohol, con el fin de que el tiempo invertido en actividades tendientes al consumo, se sustituyan por actividades que además pongan a funcionar áreas que estaban o iniciaban a deteriorarse, como escuela, trabajo, deportes.

Con esta información, el terapeuta y usuarios evalúan cada alternativa en términos de resultados, lo que los ayuda a decidir sobre la mejor alternativa de afrontamiento.

En este momento se programan sesiones adicionales ya sea por requerimiento del usuario o, y principalmente por indicación del terapeuta.

En la cuarta sesión se comentan los avances logrados por el cliente relacionados con su plan de acción y hacen un resumen sobre los resultados obtenidos en las sesiones anteriores, se evalúa su consumo actual y se compara con un consumo inicial.

Se trabaja con el segundo establecimiento de metas y se compara con el primero, a fin de establecer si esta se mantiene o se modifica para un futuro, ya que después de este periodo de tiempo el puede darse cuenta si la mantiene o desea modificarla por una meta que sea más realista a sus capacidades, de la misma manera el conocer que tan confiado se encuentra en lograr mantenerla.

Se habla sobre la pertinencia de sesiones adicionales, además se programan los seguimientos, en los cuales el cliente tendrá la oportunidad de evaluar su progreso y fortalecer el uso de los procedimientos del tratamiento, como manejo de recaídas, estrategias de afrontamiento, aplicación de planes de acción ante posibles y nuevos consumos.

Se adiciona una evaluación sobre el tratamiento, lo cual ayuda a afinar el proceso para mejorar la calidad del mismo. (el reporte del caso amplía esta información)

5. SENSIBILIZAR Y CAPACITAR A OTROS PROFESIONALES PARA LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA

Las bases científicas han demostrado la efectividad de numerosos tratamientos, el siguiente paso, ha sido la diseminación de los hallazgos, a través de la sensibilización y promoción de éstos, en diversos medios.

Cuando se ha logrado obtener el interés de grupos afines al tema indicado, el siguiente paso es la capacitación de personal a través de manuales de tratamiento respaldados en los resultados validados empíricamente (Wilson, 1996, Sanderson & Woody, 1995; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995; Sanderson, 1994).

Existen personas que consideran que la capacitación es innecesaria, sin embargo es cuando se debe tener presente que con los avances tecnológicos, pueden hacer que muchas habilidades sean obsoletas, lo que debe llevar a la búsqueda de la adquisición de nuevas habilidades.

La capacitación se ha venido dando desde que existe el hombre en la tierra (los padres enseñaban a sus hijos sus actividades). Hoy en día, las instituciones necesitan el mejor aprovechamiento del personal que labora dentro de la misma; de ahí que surja la necesidad de diseñar o formular, todo un sistema concreto de elementos que contribuyan al logro de dicho objetivo.

Para realizar un curso o taller de capacitación, se debe buscar una serie de elementos que vayan con el fin de que el escucha adquiera una serie de elementos y conocimientos sobre el Tema objetivo de la capacitación. Existen una serie de elementos que deben ser tomados en cuenta como son la comunicación, la cual debe ser clara y amable, además de servir para despertar el interés del escucha, motivándolo mediante la curiosidad y la presentación sintética inconclusa o subjetiva, por mencionar algunos elementos para participar y mantener el interés en el tema así como estimularlo a trabajar por sí mismo.

La información brindada debe ser clara, ordenada y exacta sobre los aspectos más importantes que integran el programa, como son, el propósito, objetivos, estructura, metodología y técnicas empleadas, de manera que el escucha adquiera los lineamientos necesarios para aplicar lo aprendido durante el curso, en su desempeño personal.

Dentro del Programa de auto cambio Dirigido para Bebedores Problema, se contempló la capacitación de Personal médico en la aplicación del Modelo, debido a la cercanía que este personal tiene con los usuarios de alcohol, además de la confianza que estos depositan en el médico, lo cual es de gran utilidad para iniciar un tratamiento; en esta medida se abre la posibilidad de tener acceso al Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual da cabida a Proyectos, en este caso con la ventaja de ser de corta duración y con un tipo de intervención no extenso.

De esta manera se realiza el convenio con el IMSS en donde se desarrollaron los siguientes objetivos:

- ☞ El desarrollo de un programa de prevención secundaria basado en el modelo de auto-cambio dirigido a bebedores problema para ser instrumentado por personal de salud de las clínicas familiares del IMSS.
- ☞ Capacitación del personal de salud de las clínicas de primer nivel de atención del IMSS, en la conducción del programa de prevención secundaria para derechohabientes con problemas de consumo de alcohol excesivo.
- ☞ Prestar servicio de tratamiento de consulta externa a derechohabientes identificados como bebedores problema.
- ☞ Evaluar la efectividad del programa en términos de cambios en el patrón de consumo e indicadores de funcionamiento psicosocial, de los derechohabientes seleccionados al término del tratamiento, con base en el seguimiento de la muestra a los 6 y 12 meses de haber sido dados de alta.
- ☞ Elaborar con base en los resultados de la evaluación comparativa, una serie de reportes técnicos y recomendaciones sobre la efectividad de esta alternativa de tratamiento y su costo beneficio, así como las estrategias para su adaptación y diseminación a nivel nacional.

Tomando en cuenta que el objetivo principal era desarrollar, evaluar y diseminar un programa de prevención secundaria de corte breve basado en el modelo de auto-cambio dirigido a bebedores problema, en clínicas de atención primaria a la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. De esta manera participé en el primer y segundo curso de capacitación a Personal médico del IMSS de clínicas de atención del D.F. y estados de la República.

Pasada esta etapa el siguiente paso fue la supervisión del personal ya capacitado, lo que implicó el seguimiento de las actividades de los médicos, en cuanto a la correcta aplicación del modelo y el apego que tuvieran a los lineamientos especificados por el programa, así como la oportunidad para resolver dudas sobre casos muy específicos.

SUPERVISIÓN.

El objetivo que se persigue es el de verificar el apego de los terapeutas al modelo del protocolo clínico.

La Supervisión es uno de los métodos primarios en los cuales los profesionales aprenden habilidades para llevar correctamente el consejo o terapia. El contenido, habilidades y modelo que un supervisor imparte son aspectos clave para la promoción de la práctica ética. Los Supervisores son responsables de entrenar a los estudiantes o supervisados en la comprensión y conducta ética, competencia y funcionamiento personal (Lamb, Cochran & Jackson, 1991).

La fidelidad del tratamiento es un elemento fundamental de la investigación en psicoterapia contemporánea (Lambert & Bergin, 1994), la fidelidad del tratamiento consiste de 2 componentes:

- ☞ Integridad del tratamiento
- ☞ Tratamiento diferencial (Muncher & Prinz, 1991) el cual también se conoce como adherencia.

La adherencia se refiere al grado en que la terapia es implementada de acuerdo a la teoría esencial y los aspectos del procedimiento del modelo.

La integridad tiene importantes implicaciones en cuanto a fuerza, replicabilidad y transportabilidad de los modelos de terapia (Yeaton & Sechrest, 1981).

La diferenciación se refiere a sus aspectos únicos de fidelidad para una investigación eficaz, comparativa; se refiere al grado en el cual las condiciones de tratamiento difieren.

La evaluación de la adherencia representa un importante paso para desarrollar y articular un tratamiento efectivo (Kazdin, 1994).

La competencia envuelve la conceptualización, diagnóstico y evaluación apropiada de la intervención (Lamb y col; 1991), y habilidades para establecer una relación de trabajo con el cliente; la competencia es desarrollada en un entrenamiento formal; una apropiada experiencia supervisada, mantenimiento de lecturas, entrenamiento y consulta.

Una responsabilidad del supervisor es evaluar las habilidades del estudiante o supervisado, su capacidad para trabajar con los usuarios y el seguimiento del progreso a través de audio o video cintas, notas, discusión, co-terapia y observaciones. El supervisor puede brindar nuevas estrategias de atención.

Dentro del programa de supervisión se toman en cuenta tres áreas importantes; en primer lugar al supervisor, el cual es una persona que conoce perfectamente el modelo y que va a brindar al supervisado sus conocimientos y su opinión para mejorar el desempeño del supervisado, en segundo lugar el terapeuta, el cual va a desarrollar sus habilidades a través de las observaciones hechas por el supervisor, y en tercer lugar el cliente; al cual se le debe informar del proceso de supervisión que se llevará a cabo.

En materia de la proporción de servicios a usuarios, la responsabilidad primera del supervisor es con el usuario y el entrenamiento del estudiante es secundario.

Rosenbaum & Ronen (1997), señalan procesos de terapia supervisión; los cuales deben contener una terapia sistemática dirigida a metas claras, práctica y experiencia (efectos colaborativos entre el supervisor y terapeuta; persona a la que va dirigida la supervisión, terapeuta y supervisor como facilitador del cambio y desarrollo, fortalecimiento del cliente con auto-cambio de habilidades).

En mi desempeño como supervisora se refirió a asistir a las diferentes clínicas del IMSS cada semana para efectuar el proceso de supervisión que consta de los siguientes pasos:

- ☞ El primer paso consistió en realizar el primer contacto con la clínica en cuestión a fin de clarificar las necesidades del supervisado, sus obligaciones, el apoyo con el que cuenta o debe de contar, espacios y materiales requeridos para la aplicación del modelo y los objetivos que va a cumplir su proceso de supervisión.
- ☞ En el segundo paso se realiza una supervisión de los casos que los terapeutas están llevando por medio de listas de chequeo, videos grabaciones o por medio de la observación directa en cámaras de Gessell, con el fin de verificar la aplicación adecuada del modelo de tratamiento y la retroalimentación de los terapeutas para corregir y ayudarlos a desarrollar las habilidades necesarias que requiere en la aplicación correcta del tratamiento.
- ☞ Se supervisa el apego que tienen los terapeutas al tratamiento por medio de instrumentos que evalúan la integridad del tratamiento, como también la adherencia y la alianza terapéutica.
- ☞ El siguiente paso es dar seguimiento a los terapeutas para evaluar su desempeño adecuado en la aplicación del tratamiento a corto y largo plazo.

Se realizó la supervisión a tres clínicas del Norte de la ciudad (D.F., Clínica 20, 24 y 44), que pertenecen al IMSS. A las cuales se les aplicó los instrumentos, de acuerdo al protocolo de supervisión, y en las cuales se realizaron visitas para mejorar su desempeño en el manejo del modelo.

Parte de los conocimientos que me brindo la maestría fueron el desarrollo de habilidades en cuanto a manejo de grupos y de exposición, así como el manejo de conocimientos en diferentes áreas referentes a las adicciones; y el desarrollo de habilidades en lo que se refiere a investigación.

Además me deja el conocimiento de que las investigaciones que se realizan, una vez probada su efectividad deben ser capaces de ser aplicadas en el campo clínico, y esto a través del desarrollo de modelos de diseminación que abran el camino para su conocimiento y su adopción, así como el que vayan encaminados al desarrollo de trabajos que sean de utilidad y beneficio a la comunidad y que cumplan con los criterios de ética.

6. IMPLEMENTAR PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL APLICADA Y DE PROCESO EN EL ÁREA DE LAS ADICCIONES PARA BRINDAR A LA POBLACIÓN CON PROBLEMAS DE CONDUCTAS ADICTIVAS EN NUESTRO PAÍS, MÁS Y MEJORES OPCIONES PARA LA PREVENCIÓN, LA DETECCIÓN TEMPRANA, EL TRATAMIENTO Y LA REHABILITACIÓN DE ESTE PROBLEMA.

Actualmente se encuentra en fase final el proyecto de diseminación del programa de bebedores problema, del cual presento las características generales:

TALLER INTERACTIVO: UNA ESTRATEGIA DE DISEMINACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DIRIGIDO A BEBEDORES PROBLEMA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

El éxito de la terapia cognitivo-conductual se debe a dos factores fundamentales, por un lado el encontrar *tratamientos de prevención efectivos* y por otro lado *la obtención de datos empíricos a través de la experimentación* que sustenta la investigación en cuestión. Se ha dicho que el reto más importante para las terapias conductuales es la diseminación de técnicas terapéuticas innovadoras (Persons, 1997). Es por esto que la importancia de la diseminación radica entonces en la necesidad de aplicar en la práctica clínica las técnicas terapéuticas que han mostrado ser efectivas en estudios controlados a fin de incrementar el éxito de la intervención y evitar la implementación de tratamientos que no hayan mostrado su efectividad o que no tengan ninguna validez.

En el presente artículo se define a la diseminación como un proceso de comunicar la información que tiene como propósito promover la aplicación de técnicas de intervención clínica validadas experimentalmente.

Este proceso se realiza mediante:

Equipos de investigación, paneles, seminarios, asociaciones de profesionales, revistas, conferencias y prensa popular, la cual esta dirigida a diferentes audiencias (Kanouse, Kallich y Kahan, 1995).

Aún cuando existe la disponibilidad de técnicas y procedimientos obtenidos de manera experimental no han tenido un impacto social adecuado a pesar de contar con una efectividad probada y con sólidos fundamentos teórico-metodológicos.

La distancia entre la investigación conductual y su aplicación por parte del profesional clínico es un obstáculo en esta dirección.

Por lo tanto la diseminación en la terapia cognitivo- conductual debe encaminarse a generar estrategias que promuevan la aplicación de sus técnicas

ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

Shanley y col. (1996) realizaron un proyecto de garantía de calidad en el tratamiento de dependencia a las drogas (QAP) con el objetivo de desarrollar tratamientos en aproximaciones de dependencia al alcohol, opio y nicotina.

Concluyendo con la elaboración de estrategias tales como:

Inclusión de practicantes en planeación y conducción en programas de investigación, desarrollo de protocolos de tratamiento basados en investigación, seminarios, talleres y simposios.

Por otra parte Crosswaite (1994) en Escocia realizó un proyecto cuyo principal motivo fue la revisión de la literatura en diseminación con el propósito de desarrollar una base teórica e identificar los temas principales.

A partir de esto, se organizaron 4 talleres en donde los participantes eran gerentes, médicos, y educadores de la salud, los cuales participaron en foros de discusión.

Hostetler y Fisher (1997), llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue el de disminuir el riesgo de consumo excesivo de sustancias a través de promover los factores protectores relacionados a través de talleres.

Los estudios anteriores muestran que los talleres son una herramienta útil para promover la diseminación de programas que han demostrado efectividad.

La estructura de los talleres permite:

Motivar adecuadamente a los participantes acerca de la investigación clínica y su aplicación en el campo de consumo de alcohol excesivo.

Conducir a los participantes a examinar su propia práctica y observar como las recomendaciones de la investigación pueden ser usadas en su labor

Fomentar el análisis y discusión de los elementos que están implicados en el consumo excesivo de alcohol.

Promover el análisis sobre la pertinencia de los nuevos modelos y

Facilitar la ADOPCIÓN de un nuevo modelo.

De esta forma se desarrolló el taller interactivo, el cual fue probado y reducido a 5 horas para su aplicación debido a las necesidades y posibilidades de las clínicas en las cuales se llevó a cabo el taller; así entonces se dividió en tres partes para facilitar la adquisición de la información brindada y evitar el desgaste de los participantes.

Así, la información que se les brindó se basó en los siguientes objetivos:

- 1.1. Que el participante conozca la incidencia de casos de consumo excesivo de alcohol reportados por la Encuesta Nacional de Adicciones.
- 1.2. Que el participante conozca y analice las políticas de salud en cuanto a la prevención del consumo excesivo de alcohol propuestas por la secretaría de salud en el área de adicciones.
- 1.3. Que el participante analice el papel que desempeña el médico dentro de un programa de intervención para bebedores problema.
- 1.4. Que el participante identifique las diferencias entre alcoholismo y bebedor problema.
- 1.5. Que el participante aprenda a identificar a un alcohólico y un bebedor problema.

- 1.6. Que a partir de las características de los bebedores problema el participante pueda realizar una correcta canalización
- 1.7. Que el participante proponga estrategias a partir de su experiencia profesional que promuevan la identificación, canalización y diseminación de este programa.
- 1.8. Que el participante conozca los beneficios de la intervención breve.

En esta medida las metas de taller fueron las siguientes:

- ☞ Sensibilizar a los profesionales de la salud en la problemática del consumo de alcohol en México.
- ☞ Promover la adecuada identificación y canalización de los bebedores excesivos de alcohol
- ☞ Proporcionar la información y conocimientos necesarios para que el asistente al taller esté en condiciones de entender el manejo y tratamiento de auto cambio para personas con problemas en su forma de beber.

METODO

SUJETOS

La muestra se conformó de 239 sujetos los cuales eran personal de salud de clínicas del IMSS.

ESCENARIO

El escenario donde se realizó el taller fueron clínicas de primer nivel de atención del IMSS en los estados de Tlaxcala, Morelos, Querétaro, Hidalgo y en la zona Norte del D.F.

INSTRUMENTOS

A) Se utilizó el cuestionario de actitudes de los médicos hacia el consumo excesivo de alcohol y su tratamiento (Ann Roche, 1994)

El instrumento consta de tres dimensiones centrales:

- I Evaluación del rol del médico dentro del tratamiento de bebedores problema
- II Evaluación de la efectividad de diferentes tratamientos para el consumo problemático de alcohol.
- III Evaluación del bebedor problema y sus características.

El instrumento consta de 15 reactivos en aplicación pre test y post test el cual se realiza a los 6 meses después de la primera aplicación.

B) Se utilizó el cuestionario de conocimientos de los médicos sobre el programa de auto cambio dirigido para bebedores problema que consta de 8 reactivos en escala likert en aplicación pre y post test.

El instrumento evalúa los conocimientos de los médicos acerca de las características principales del programa de intervención breve para bebedores problema (auto cambio dirigido).

Evaluando tres dimensiones:

- I. Meta de tratamiento: moderación o abstinencia.
- II. Las recaídas en el proceso de cambio en el consumo de alcohol
- III. Importancia de la cantidad, frecuencia y situaciones en que se consume en exceso

C) Se utilizó un cuestionario de intereses para identificar el grado de Motivación de los sujetos al taller.

Los elementos que se evaluaron fueron:

- I Interés por conocer y obtener información acerca de tratamientos exitosos en relación con problemas en el abuso de alcohol.
- II Disposición a capacitarse en un modelo de prevención secundaria dirigido a bebedores problema.

III Interés por canalizar, identificar y tratar este tipo de problemática.
Compuesto por 9 reactivos de aplicación pre y post-test

D) Se utilizó un cuestionario de satisfacción en escala tipo Likert para medir la pertinencia de las actividades desarrolladas en cada sesión del taller.

Se evaluó a través de una escala que va de muy satisfactoria a nada satisfactorio.

Este instrumento consta de 9 reactivos en evaluación post test

PROCEDIMIENTO

El taller se dividió en tres partes conformando un total de 5 horas, de acuerdo a las actividades descritas a continuación, las cuales están basadas en los objetivos descritos previamente y que fueron desarrollados como se presentan a continuación:

- ☞ Presentación de facilitadores y participantes
- ☞ Presentación de objetivos
- ☞ Aplicación de Pre-test
- ☞ Incidencia del consumo, organización en grupos, cuestionario y Acetato 1
- ☞ Discusión del papel del Médico y Acetato 2
- ☞ Entrega y discusión de las Políticas de Salud

Descanso de la primera

- ☞ Organización de inicio
- ☞ Lecturas de enfermedad vs. auto-cambio y alcohólico vs. bebedor problema
- ☞ Exposición de casos

Descanso de la segunda parte

- ☞ Juego de roles
- ☞ Intervenciones breves
- ☞ Alternativas para una correcta canalización
- ☞ Conclusiones y carta disposición
- ☞ Aplicación del Cuestionarios Post-test

Posterior a la aplicación del taller se realizó el análisis de los datos obtenidos por el taller.

RESULTADOS

De la muestra obtenida se encontró que el 31% fueron hombres y el 69% mujeres, de los cuales el 30.5% eran médicos generales, el 16.7% psicólogos, el 8.4% enfermeras y el 6.3% trabajadores sociales entre los 20 y 69 años, con una media de edad de 39 años.

De los cuatro instrumentos antes citados se encontró de manera general que de acuerdo al instrumento de conocimientos existe un incremento de pre a post con respecto a la información proporcionada durante el taller. En cuanto a las características del bebedor problema se reportó un incremento a la respuesta de totalmente en desacuerdo, lo cual era lo esperado al reactivo, lo que nos indica que sí existió un impacto sobre el personal de salud.

En el instrumento de actitudes se encontró que el personal consideró que es de importancia fundamental que el médico tome parte de la asistencia a los bebedores problema. En el mismo instrumento se plantea que el terapeuta debe de tener experiencia con los bebedores excesivos para poder trabajar en este campo

El personal está de acuerdo en que el tratamiento inicia cuando la persona reconoce que tiene problemas con el alcohol. De igual forma consideran que existe mayor evidencia respaldada científicamente en los tratamientos de AA y psicoterapias dinámicas, dejando a los tratamientos cognitivos conductuales en cuarto lugar.

DISCUSIÓN

Plantear como estrategia en diseminación un taller interactivo en un modelo de prevención secundaria dirigido a bebedores problema ha constituido un primer paso para la implementación del mismo a un nivel institucional. Los resultados mostraron diferencias significativas en las áreas evaluadas (conocimientos, intereses, actitudes y satisfacción); sin embargo, existen elementos que merecen un cuidadoso análisis. Estos elementos pueden estar relacionados con barreras institucionales, de formación académica, personales y materiales (espacios físicos, horarios, etc) para el idóneo desarrollo así como de operación del modelo.

Por lo que surge la necesidad de promover otras estrategias para la diseminación de este modelo tales como: la realización de videos conteniendo los puntos principales del tratamiento, la creación de una página de Internet, gacetas o folletos con la información requerida para el entendimiento teórico y práctico del tratamiento, promoción y difusión en seminarios y foros de discusión de las ventajas y desventajas de la implementación en instituciones de salud. Así como de mayor número de investigaciones relacionadas con la diseminación de innovaciones en el ámbito de la salud y de la eficacia del tratamiento.

En nuestra experiencia, muchas dificultades se presentaron para poder establecer esta estrategia en diseminación (taller interactivo) no sólo porque constituyó una propuesta innovadora en este contexto, sino también por el tipo de población hacia la que fue dirigida. Por lo cual sería pertinente considerar integrar esta área (diseminación de programas) en los programas académicos de formación tanto a nivel licenciatura como posgrado. No sólo por las ventajas prácticas que ofrece sino por la necesidad de dar a conocer las aportaciones que la investigación experimental produce y que en muchas ocasiones, solo es difundida en revistas especializadas o congresos del área; y no es conocida por los profesionales que ejercen su práctica profesional en el ámbito clínico, o por los clientes o usuarios potenciales de utilizar esas innovaciones terapéuticas que van de acuerdo a sus características o problemáticas particulares.

El que los investigadores incluyan la diseminación como un área más de investigación a la par de sus descubrimientos ofrece la alternativa de éxito y efectividad en la adopción de los mismos, así como de garantizar la validez social germen de toda acción científica.

II

**SESIÓN TÍPICA DEL
EJERCICIO PROFESIONAL**

II. SESIÓN TÍPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Como parte del programa de titulación de la Maestría en Adicciones, presento a continuación la exposición de un caso típico que muestra parte del ejercicio profesional adquirido durante la Maestría. De esta manera se incluye en ese orden la fundamentación teórica del Programa de tratamiento sobre Auto Cambio Dirigido a Bebedores Problema, seguido de la descripción de los elementos que comprende cada una de las sesiones; después de la descripción de cada sesión, se anexa el caso de un usuario que ingresa a Tratamiento para eliminar el consumo de alcohol basado en el programa antes citado.

El término tratamiento incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados y población objetivo. Puede tratarse de una sola sesión, o bien, de tratamientos en los que el paciente es internado y permanece aislado de su medio durante periodos relativamente largos. En este rango de opciones destacan las llamadas intervenciones breves, las cuales ofrecen una opción de abordaje terapéutico que no está en conflicto con otras opciones de tratamiento.

Las intervenciones breves presentan en la actualidad las siguientes características: se restringen a un máximo de cuatro sesiones, en las que se proporciona consejo y apoyo para motivar a la persona a un cambio en su conducta de consumo de alcohol, así como la información necesaria para lograr que el consumo sea moderado, se proporciona a individuos que tienen problemas con su forma de beber, pero que no han sido diagnosticados con dependencia severa, la meta de la intervención es la moderación o la abstinencia.

A finales de los años 70s empezaron a aparecer evaluaciones alentadoras de la efectividad de la intervención con bebedores problema, dichos resultados positivos, se mantuvieron durante los seguimientos que se hicieron a los clientes. Un estudio que llamó la atención fue el de Miller y col; en el que utilizó una forma de biblioterapia (manual de auto ayuda), los resultados mostraron que el apoyo por escrito podría ser tan efectivo como una intervención compleja.

Otros investigadores empezaron a trabajar sistemáticamente sobre la efectividad de diversas formas de intervención (sencilla o mínima) y hallaron que las intervenciones sencillas, de bajo costo – basadas en uso de manuales, automonitoreo o consejo breve- podrían ser una intervención inicial con aquellas personas que bebían en exceso pero que no presentaban dependencia severa.

En México desde 1982, se inició un programa de investigación en el que participaron 11 países bajo la supervisión de la OMS, con el fin de evaluar la eficacia de este tipo de intervenciones en centros de atención de primer nivel. Los resultados mostraron un efecto positivo (disminución de consumo), aunque de magnitud moderada, lo cual señala la potencialidad de este tipo de intervenciones en nuestro país.

Las intervenciones terapéuticas cognitivo - conductual muestran una particular efectividad, se caracterizan por su corta duración, por no ser una intervención compleja, por presentarse en una modalidad de consulta externa y por permitir al usuario elegir entre la moderación o la abstinencia como metas viables del tratamiento.

Estas aproximaciones están basadas en la Teoría del aprendizaje social desarrollada por Bandura, la cual se fundamenta en los principios y procedimientos del condicionamiento clásico y operante, e incorpora otros de gran importancia como los procesos simbólicos, vicarios y de autorregulación.

Esta teoría busca explicar la manera en que los individuos adquieren y mantienen una conducta y para ello incorpora tres elementos clave: la importancia de los antecedentes ambientales inmediatos y las consecuencias de la conducta, y los procesos cognoscitivos cuya ausencia o presencia puede explicar e incluso prevenir algunas conductas de consumo problemático.

Tradicionalmente se considera al alcoholismo como una enfermedad progresiva y degenerativa; esto es si la enfermedad no se interrumpe, pasará a través de una variedad de etapas, cada una de ellas más severa que la que la precede. La explicación más clara de esta explicación se encuentra en las fases descritas por Jellinek (1952), esta concepción hace hincapié en que cada etapa era característica del alcoholismo y por lo tanto, la etiología de cada etapa no se consideraba de manera separada, sino como el curso de una enfermedad incurable.

En contraste, la visión psicológica del alcoholismo propone que las etapas no son necesariamente progresivas y que tampoco tienen la misma etiología subyacente. Esta propuesta es una desagregación del concepto de alcoholismo en un número de componentes, algunos de los cuales preceden al otro, pero no necesariamente manteniendo una relación temporal. Es la teoría del aprendizaje social la que propone con mayor énfasis la necesidad de desagregar y especificar los problemas de alcohol y hacer una ampliación de manera diferencial de diversas conceptualizaciones teóricas a estos problemas.

La teoría del aprendizaje social propone que el abuso en el consumo de alcohol es una conducta aprendida, un hábito mal adaptativo o sobreaprendido dentro de un contexto cultural y en algunos casos con un componente genético. Es decir el individuo es un agente activo en el proceso de aprendizaje, por tanto si una persona abusa del alcohol puede aprender mediante mecanismos de autorregulación, a modificar su consumo y a hacer un uso no problemático de esta sustancia. Las creencias, las expectativas, las habilidades de afrontamiento y la percepción de la autoeficacia juegan un papel clave en la regulación de las conductas relacionadas con el uso de alcohol.

El componente fundamental que guía la modificación de estos hábitos es la autorregulación, que consiste en un proceso a través del cual el individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su cambio, a fin de lograr un cambio positivo. La autorregulación busca facilitar el cambio alentando a las personas a identificar las razones para cambiar. Durante el proceso se aprende a analizar la conducta de consumo (identificar los antecedentes y las consecuencias de las situaciones de consumo moderado y excesivo) y se emplean estrategias específicas (fortalezas y recursos de los bebedores problema) para manejar situaciones de alto riesgo que usualmente ellos llevan a abusar del alcohol, así como estrategias globales (de enfrentamiento) para modificar estilos de vida riesgosos o dañinos.

El programa consiste en una intervención breve y motivacional que ayuda al usuario a comprometerse a cambiar su conducta, así como a organizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. La meta es ayudarlo a desarrollar estrategias generales de solución de problemas que le permitan enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta.

El programa incluye la **admisión**, la cual es el primer contacto del usuario con el terapeuta y es el momento del cual se decide su inclusión o canalización del usuario a otro tratamiento, en el caso de inclusión, es el momento para crear una alianza con el terapeuta y motivarlo para continuar, una **evaluación inicial** con la que se obtiene información sobre el problema de consumo de la persona y algunas variables importantes que deben tomarse en cuenta. Después, el usuario recibe material de lectura y tareas relacionadas asistiendo una vez por semana, durante 45 minutos aproximadamente, a **cuatro sesiones de tratamiento**, en donde se le enseña a detectar los eventos relacionados a su consumo, así como la manera de solucionarlos. Es muy importante destacar que las personas que acuden a este programa tienen distintos problemas y circunstancias que los llevaron a un consumo excesivo y por tanto, tendrán diferentes estrategias de cambio. Por último se trabaja con sesiones de **seguimiento** las cuales tienen como fin mantener el cambio de conducta, así como evitar recaídas (ver reporte).



ADMISIÓN

La admisión es el primer paso en el programa de intervención breve y tiene su importancia en ser el primer contacto que el cliente tiene con el terapeuta y donde éste recibe valiosa información.

Antes de iniciar la evaluación el terapeuta debe identificar que tan comprometida está la persona para el cambio. En este modelo la motivación no es una característica propia del cliente, ni tampoco algo que la persona posee, sino algo que se desarrolla y actúa. Involucra reconocer un problema, buscar una forma de cambiar, empezar, continuar y completar una estrategia de cambio.

Un modelo muy útil para identificar el proceso de cambio fue desarrollado por Prochaska y DiClemente (1986) estos autores estudiaron como ocurrían los cambios en las personas (como algunas personas dejaban de fumar o bajaban de peso), observando que el cambio pocas veces es un evento repentino, sino que involucra una serie de etapas; 1) Precontemplación, en donde la persona no considera el cambio como necesario, regularmente llega al tratamiento forzado por terceros, 2) Contemplación, la persona identifica que tiene un problema, pero rechaza la idea de cambiar, 3) Determinación, la persona se encuentra convencida de la necesidad de un cambio y es

cuando el terapeuta debe darle estrategias para lograrlo, 4) Acción, existe un compromiso claro de hacer algo para cambiar 5) Mantenimiento, el reto de las conductas adictivas es mantener el cambio y prevenir, 6) Recaídas, el trabajo consiste en evitar que se presenten, y en caso contrario, trabajar junto con el usuario para que este sea visto como parte de un proceso de aprendizaje, el cual le llevará a valorar y ser más consciente de su proceso de cambio.

Las tres últimas etapas se revisan con detalle durante el tratamiento; las tres primeras son parte fundamental de la entrevista de admisión. Dicha entrevista consiste en un proceso de confrontación en el que se intenta llevar al cliente hacia una responsabilidad personal con su problema de consumo e iniciar el proceso de cambio.

Además de ser el momento en el que el terapeuta puede tener mayor número de información sobre historia de consumo, situaciones relacionadas, características generales del usuario y de crear un ambiente de confianza con el usuario para iniciar el tratamiento.

En la admisión se incluyen los criterios de preselección para ingresar al tratamiento que son:

- ☞ Ser mayor de 18 años, menor de 65 años
- ☞ Leer y escribir en español
- ☞ Domicilio permanente
- ☞ Sin alucinaciones, convulsiones y/o delirio tremens
- ☞ Sin daño orgánico aparente (prueba pistas).
- ☞ No usar heroína, ni drogas inyectadas
- ☞ No acudir a otro tratamiento de salud mental relacionado al consumo de alcohol

Una vez cubiertos los criterios de admisión al programa se procede a aplicar los instrumentos de valoración (los cuales se describen en la siguiente sección), y que dan la pauta para aceptar o en su caso referir al usuario a otro programa. Estos instrumentos comprenden además de los criterios de preselección, el BEDA, para medir dependencia al consumo de alcohol, la sub escala de PISTAS, que forma parte del WAIS, para medir posible daño neurológico.

Una vez integrada la información, la cual es de fácil aplicación y calificación, se determina si es candidato apto al programa, en caso afirmativo, se le explica el programa, y los compromisos que conlleva el mismo. En caso contrario se contempla la oportunidad de referir al usuario a un Tratamiento alternativo que lo ayude a solucionar su problema. Por último se le da cita para la siguiente sesión de evaluación.

☞ ADMISION

El caso que se presenta a continuación y que se describe por fragmentos para ejemplificar cada una de las sesiones en las que consta el Programa de Auto Cambio Dirigido, llenó su ficha de admisión en enero de 1999, el interés de tomar este caso como ejemplo, radica en que a pesar de tener una problemática severa, en donde las pérdidas comenzaban a ser fuertes y sus consumos altamente excesivos como se describe más adelante, se presentó con alta disposición para poner un límite a su consumo, lo que implicaba una alta motivación para el cambio y lo ponía como un candidato apto al programa.

De esta manera el Cliente de sexo masculino, de 29 años de edad, se presentó al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" para solicitar tratamiento para su consumo de alcohol. Su aspecto era desaliñado, su peso de 75 kgrs., aproximadamente; mostrando tristeza al reconocer que había perdido mucho por consumir alcohol. Al momento de ingreso se encontraba casado, con un niño, viviendo los tres en casa de los padres de él. El motivo de consulta fue:

"Principalmente soy una persona que abusa del consumo de alcohol, que tengo constantes estados de inadaptación y depresión y hace poco tuve una ingesta de 3 semanas en las cuales también hice uso de otras sustancias (pastillas, leptopsique), que combiné con alcohol y el resultado fue una serie de problemas familiares, económicos y una fuga casi diaria (consumir) en la que mi situación considero ya es desesperante"

Una vez explicado su motivo de consulta, se realizó la entrevista de admisión, la cual permitió tener un panorama general sobre su patrón de consumo (litro y medio en promedio de 1 a 2 veces a la semana), historia de consumo (12 años consumiendo alcohol, indicando que tenía 10 años de causarle problema), tipo de bebida (cerveza y destilados), en donde el consumo se presentaba por los efectos, consumía tanto solo como acompañado.

De acuerdo a los datos obtenidos de la breve escala de dependencia al alcohol (BEDA), el nivel de dependencia fue severo (37 puntos), pero sin aparente daño neurológico, (en la aplicación de la prueba de pistas registró un puntaje de 1 minuto para la primera parte y 1:40' en la segunda parte de la prueba con trazos firmes, sin cruzar líneas y con correcta comprensión de la prueba); lo cual posibilitó su inclusión al programa, aunado al hecho de que a pesar de encontrarse sin empleo, debido precisamente a su despido por el consumo de alcohol, aún contaba con redes de apoyo como la familia (la cual era el principal motivante para dejar de consumir), además de cubrir los criterios de inclusión al programa, como el saber leer y escribir, criterio indispensable por las características del programa, así mismo, no presentar síntomas como alucinaciones, convulsiones, Delirio Tremens, y no estar acudiendo a algún programa de tratamiento para solucionar su problema de alcohol.

Un dato relevante es que tenía una semana de haberse escapado de una granja, seguida del consumo de alcohol del 96° durante dos días; la experiencia fue tan desagradable que a partir de ese momento decidió hacer todo lo posible por no consumir; de esa manera se presenta a la entrevista en abstinencia.

Una vez cumplidos los criterios de participación en el programa, y en base a la información obtenida durante esta sesión se encontró que el usuario era un candidato apto al programa, debido a que el usuario se encontraba en la etapa de determinación para iniciar el cambio, contar con redes de apoyo fundamentales como la familia, no presentar daño físico aparente, indicar que era ex fumador, lo que indica que tiene la capacidad de controlar el consumo de sustancias.

Posteriormente se le explicó en que consistía el Programa de Tratamiento, el concepto de Bebedor Problema vs. Alcohólico, modelamiento (que es una conducta que aprendemos por la imitación de otras personas que lo hacen), además de los conceptos descritos previamente, se explicaron las reglas del tratamiento, como el tiempo que comprendería la

intervención, tiempo por sesión, requisitos indispensables para continuar el tratamiento y se depositó en el cliente la responsabilidad del rumbo que seguiría el mismo.

Por último se le entregó su forma de consentimiento del programa en donde se le explicaron las características del mismo, además de ser un programa de investigación dentro de la UNAM lo que podía en determinado momento solicitar su apoyo y permiso para ser filmado, audio grabado, o ser observado a través de la cámara de Gessell, tiempos estipulados y los datos de dos personas (colaterales) con las que el terapeuta o alguna persona dentro del programa, se pudiera poner en contacto para pedirle datos acerca de su patrón de consumo o algún apoyo que el programa solicitara (como responder cuestionarios o en general brindar información acerca del consumo del usuario). De igual manera se le expresó que el programa era totalmente confidencial.

El usuario aceptó ser observado y mencionó que sus padres y esposa sí aceptarían dar información sobre su consumo, aún no estaba muy convencido, de que lo lograría, pero aceptó que ellos se involucraran en su tratamiento si era necesario.

Como parte final se planteó la siguiente cita para la siguiente semana explicando que la siguiente sesión sería de evaluación para conocer datos sobre su consumo de alcohol.

EVALUACIÓN

La valoración y tratamiento de individuos con problemas de alcohol y drogas es un trabajo difícil por varias razones. Primera, la educación y entrenamiento profesional le ha dado muy baja prioridad al campo del abuso de sustancias en muchos programas de entrenamiento profesional; Segunda, hay gran cantidad de concepciones equivocadas, aún entre profesionales sobre la naturaleza de los desórdenes por alcohol y drogas.

Tercera, algunos clientes están renuentes a cooperar completamente con el proceso de valoración porque han sido presionados por otros para buscar tratamiento, además de que muchas personas no visualizan su consumo de drogas lo suficientemente severo como para buscar tratamiento y en muchos casos ni siquiera lo consideran un problema, Cuarta, algunas correlaciones del abuso de sustancias puede ser que no sean manifiestas durante muchos años.

Si el personal clínico limita su valoración a complicaciones a largo plazo reconocidas de beber, no podrán valorar adecuadamente a muchos individuos que pueden ser beneficiados con tratamiento, Quinta, hay evidencia de que los síntomas de abuso de alcohol varían con el tiempo y entre individuos (Pattison, Sobell & Sobell, 1977), personas con historiales de bebida similares, no han experimentado el mismo tipo de consecuencias, Sexta, ya que el consumo de drogas esta asociado a altos niveles de recaídas después del tratamiento (Sutton, 1979; Pechacek, 1979; Rounsiville & Kleber, 1985; Chaney, Roszell & Cummings, 1982; Polich, Armr & Braiker, 1981; Marlatt & Gordon, 1985; Miller & Hester, 1986), la valoración debe incluir una revisión de estrategias de tratamiento previas y la respuesta del cliente a esas intervenciones.

La mayoría de los programas de tratamiento para el abuso de sustancias requieren de un diagnóstico, ya que se ha encontrado que las formulaciones del diagnóstico tienen utilidad clínica,

por ejemplo, algunas investigaciones con consumidores de alcohol han sugerido que la severidad de la dependencia, está asociada con la forma en que responden los individuos a las diferentes metas de tratamiento (abstinencia o moderación y la intensidad del tratamiento (Heather & Robertson, 1983; Orford & Keddie, 1986; Annis, 1986).

Finalmente, ya que algunos usuarios de drogas tienen otro tipo de problemas, es necesario determinar con el diagnóstico, si este es debido al uso de drogas o son manifestación de otro tipo de desorden (Grande, Wolf, Schubert, Patterson & Brocco, 1984; Solomon, 1983; Rounsaville, Weissman, Crits-Christofon, Wilber & Kleber, 1982). Un estudio encontró que los usuarios de alcohol y drogas que tenían síntomas psiquiátricos pronunciados antes del tratamiento tuvieron peores resultados y fueron hospitalizados más frecuentemente que los clientes con poco o ningún síntoma (McLellan y col., 1983).

En este momento se debe obtener información relevante para utilizarla y hacer responsable al cliente de su cambio. Además la información que se obtiene durante la entrevista inicial proporciona al terapeuta datos sobre la forma de consumo y los problemas que ya presenta el cliente (antecedentes); la información que se obtiene durante esta primera sesión incluye información sobre variables socio - demográficas, historia y patrón de consumo, situaciones antecedentes y consecuencias relacionadas con el beber, a través de la utilización de diferentes instrumentos.

Lo primero que se hace es medir el **grado de dependencia al alcohol**, lo cual nos ayuda a determinar si el cliente es un candidato apto al programa o se canaliza a un programa más intenso. De esta manera el programa utiliza la Breve escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), desarrollada por Raistrick en 1986, el cual tiene la capacidad de ser sensible a los niveles bajos de dependencia, además de ser sencillo, rápido y fácil de administrar, así como de calificar; es una escala de 15 reactivos sobre una escala de 4 puntos, en donde de 0 a 9 puntos indican una dependencia baja, de 10 a 19 es moderada y de 20 en adelante es severa, este instrumento, como ya se mencionó se aplica en la admisión, como criterio para admitir al usuario en el programa o canalizarlo a otra opción de tratamiento.

Se debe valorar a los usuarios de drogas daño cerebral o incapacidad neurosicológica, debido a que la literatura sugiere que la ingestión prolongada de alcohol llega a provocar deterioro neurosicológico (Parsons & Farr, 1981), una manera de valorarlo es la escala de Inteligencia para adultos de Wechsler (WAIS), este instrumento ayuda a tener un diagnóstico confiable y rápido sobre probable daño que se pueda presentar.

El deterioro neurosicológico es una consecuencia bien conocida del abuso prolongado del alcohol entre alcohólicos dependientes y el grado depende de la severidad. Aunque varios estudios han demostrado la recuperación de funciones en ciertas tareas después de periodos cortos y largos de abstinencia, otros estudios no han demostrado una recuperación similar después de periodos largos de abstinencia (Yohman, Parsosons, & Leber, 1985). Un estudio encontró que alcohólicos, incluyendo aquellos que son abstinentes, han prolongado déficits comparado con grupos controles después de la prueba. Los descubrimientos en este estudio señalan también que el funcionamiento cognoscitivo puede ser una buena predicción de recidivismo y del resultado del tratamiento. Estos resultados tienen implicaciones importantes para planear el tratamiento y sobre el riesgo de recaída.

Tanto el BEDA como el WAIS, son instrumentos que se aplican en la parte de admisión del programa, ya que junto con el cuestionario de preselección son los criterios indispensables para incluir en el tratamiento a un usuario de alcohol, salvo excepciones en las que el terapeuta considere que aún cuando no cubra los criterios, pueden trabajar dentro del programa por la información que reporta en la admisión, la cual se puede considerar para incluirlo en el tratamiento o en su caso referirlo.

Una vez que cubre los criterios de admisión y acepta participar dentro del programa, la siguiente sesión es de evaluación¹. Como parte de esta sesión se trabaja con una entrevista inicial en donde se recopila información sobre las características sociodemográficas generales del cliente, motivo de consulta, historia de consumo de drogas, es decir el primer acercamiento al problema de consumo.

Hay razones importantes para creer que el estilo de entrevista es importante con aquellas personas que consumen drogas, debido a que los individuos temen al estigma social, y a las sanciones de ser calificado como alcohólico o drogadicto, por esta razón pueden estar renuentes a divulgar información sobre su uso de alcohol o drogas (Roman & Trice, 1968; Thom, 1986). Algunas personas, especialmente aquellas que han desarrollado recientemente problemas de alcohol, pueden ser ambivalentes en cuanto a admitir que tienen dichos problemas y cualquier tipo de confrontación puede provocar que suspendan el tratamiento; se debe evitar cualquier tipo de confrontación, a menos que sea absolutamente necesario.

Existen un número importantes de barreras que deben ser tomadas en cuenta cuando se realiza la entrevista, como la renuencia de buscar tratamiento, o el hecho de ser calificado como alcohólico, o el temor de ser visto como un caso para el psiquiátrico (Thom, 1986), así como el hecho de no considerar su consumo como un problema, o la dificultad para comprender las preguntas del entrevistador o su interpretación errónea, estos factores pueden provocar la deserción antes de ingresar a un tratamiento formal.

Por esta razón se sugiere (Sobell & Sobell, 1982, 1986; Maisto y cols, 1982/83, Nurco, 1985) obtener información bajo las siguientes condiciones, que reducen la posibilidad de que los usuarios de alcohol den reportes inválidos o no confiables:

- ☞ Cuando se desarrolla report por el estilo del entrevistador, que asegure la confidencialidad de la entrevista y que se haga énfasis sobre la importancia de la información proporcionada
- ☞ Que la terminología utilizada por el entrevistador y el cliente sea comprendida por ambas partes, esto es, evitar terminología subjetiva
- ☞ Que el enfoque de la entrevista sea la obtención de información en lugar de calificar socialmente
- ☞ Que la información obtenida sea recopilada en un ambiente de investigación clínica.
- ☞ Que exista la posibilidad de verificar la información obtenida a través de colaterales que mantengan vínculo cercano con el usuario y el consumo de alcohol.

El determinar las circunstancias en donde ocurre el consumo es vital para realizar un análisis funcional y desarrollar un plan de tratamiento, un punto que debe ser tomado en cuenta es que los antecedentes no significan causalidad. La posibilidad de la relación funcional entre antecedentes y uso de sustancias puede ser explorado con el cliente, además de realizar un seguimiento del uso de sustancias, los antecedentes incluyen situaciones, estados de ánimo, episodios previos; las

¹ Los instrumentos de evaluación se incluyen en el anexo para su revisión

consecuencias asociadas son a corto plazo positivas, lo que hace poco visible los costos de detener el consumo. Las consecuencias negativas pueden ayudar a no extender el riesgo de consumo; pero es a través de un previo análisis con el usuario en donde es posible identificar esta información; sin demeritar que este análisis funcional continúa durante todo el tratamiento.

Se continúa con la exploración del **patrón de consumo**, para obtenerlo se aplica la línea base retrospectiva de Alcohol (LIBARE) fue desarrollada por Sobell y Sobell en 1992, a través de este método se le pide al usuario que reconstruya su consumo día a día un tiempo hacia atrás en un lapso de tiempo específico. Es un calendario retrospectivo a 12 meses.

El LIBARE es un método que brinda información sobre porcentaje de días de consumo semanal, mensual, y además brinda una estimación sobre la cantidad consumida anualmente, aunado a datos de eventos relacionados al consumo que pueden servir de antecedentes que posibiliten el desarrollo de medidas para valorar e iniciar el tratamiento.

Es un método que ha mostrado ser confiable y válido para medir cantidad, frecuencia y variabilidad del consumo de alcohol (Maisto, Sobell & Sobell, 1979, 1992), por otro lado se ha encontrado una alta correlación entre los datos del LIBARE y los marcadores biológicos (Richardson, 1991) además de ser una herramienta útil comparada con los datos de los colaterales (Babor, Stephens & Marlatt, 1987; Sobell & Sobell, 1992). En estudios sobre propiedades psicométricas del LIBARE para medir el consumo de alcohol, han mostrado una alta estabilidad temporal, con una correlación test - retest de .85. Este instrumento se aplica durante la fase de evaluación para conocer historia de consumo.

El automonitoreo (SM), ha sido utilizado para evaluar la conducta del cliente en alguna situación y para ver los efectos del cambio terapéutico (Kazdin, 1974). Además de proveer al terapeuta de información que de otra forma no sería fácil de obtener. El automonitoreo pide al sujeto recordar su consumo en el momento actual de consumo, minimizando de esta forma el problema de recordar los detalles. A diferencia del LIBARE este método es prospectivo.

Además de ser efectivo para recordar, ayuda a que la persona pueda aprender a cambiar su conducta de consumo (Kazdin, 1974; Nelson, 1977). Sobell & Sobell (1973), reportaron que las personas que consumían alcohol y que habían llevado un registro (automonitoreo), podían haber reducido su consumo, como resultado de este procedimiento. Se debe de tener cuidado al realizar este reporte, ya que una respuesta negativa ante el registro hecho por el usuario puede provocar la invalidez del mismo, una manera de disminuir este problema es instruir al cliente sobre la necesidad de ser cándido y elaborara reportes precisos, mientras que no se condone el abuso de sustancias, sino que brinda la posibilidad de reunir información adicional sobre situaciones y patrón de consumo, así como la oportunidad que el da al cliente de discutir sobre estos eventos.

Este instrumento se entrega al final de la sesión de evaluación, es el único instrumento que se lleva durante todo el tratamiento, y registra cantidad y frecuencia de consumo, tipo de bebida, circunstancias asociadas con la bebida (pensamientos y sentimientos relacionados al consumo, así como ambiente relacionado, es decir lugar en donde se encontraba, si estaba solo o acompañado), lo que apoya a la identificación de situaciones de riesgo, como ya se mencionó es un instrumento que por si mismo puede motivar al usuario por la oportunidad que brinda de ver cambios en su consumo de manera rápida y por otro lado de identificar situaciones que lo llevan a consumir.

Adicionalmente, ya que una pequeña proporción de los clientes se abstienen completamente del alcohol después de ingresar al tratamiento, la continuación de la valoración de cualquier bebida puede facilitarse si los clientes registran su bebida. Aunque el automonitoreo puede aparentar tener mayor beneficio para individuos que prefieren una meta de tratamiento de no abstinencia, clientes que automonitorearon días de abstinencia (es decir, ceros registrados para cada día de no beber), han reportado un esfuerzo por la retroalimentación de continuar con la abstinencia (Sobell & Sobell, 1973).

Una parte esencial es la identificación de **situaciones de riesgo** que preceden el consumo excesivo; para medir las situaciones de riesgo (Annis y Graham 1987), desarrollaron un Inventario de Situaciones de consumo (ISCA). Las situaciones se dividen en situaciones personales (intra personales) o aquellas que involucran a terceras personas (inter personales), Los estados personales incluyen cinco subcategorías (emociones desagradables, incomodidad física, emociones agradables, probando auto control sobre el consumo de alcohol, tentación para beber). Las situaciones que involucran a terceras personas incluyen tres subcategorías (conflicto con otros, presión de otros para beber, momentos agradables con otros). Este instrumento se conforma de 100 reactivos que se encuentran agrupados en alguna de las categorías que evalúa el instrumento, es una escala de 4 puntos que mide la frecuencia en la que bebieron intensamente en diferentes situaciones durante el último año.

Por último se mide la confianza o nivel de autoeficacia que el usuario tiene sobre el control del consumo en situaciones de riesgo (CCS), Annis y Graham (1988), lo cual nos brinda la posibilidad de saber cómo se percibe el usuario sobre su capacidad para eliminar su consumo, ya que estudios han indicado que una percepción favorable y confiada ayuda a tener mejor prognosis para el tratamiento y evitar las posibles recaídas. De igual forma es un instrumento que evalúa 100 reactivos de acuerdo a una escala de 4 puntos Likert, los cuales son paralelos a las situaciones de bebida en el ISCA. Al usuario se le pide que imagine a sí mismo en cada una de las situaciones y que indique en una escala de 1 a 10 que tan confiado se siente que en el momento en que se presente la situación expuesta, resista la tentación de beber en exceso El CCS fue desarrollado para evaluar la habilidad percibida por el cliente de resistir el beber de forma intensa en situaciones particulares.

Aunque el CCS reúne información sobre comportamientos recurrentes, es decir, auto eficacia presente, por su lado, su contraparte, el ISCA, es un instrumento de valoración retrospectiva. Sin embargo ambos instrumentos tienen el mismo número de categorías de valoración pero en distintos momentos. Una vez que el cliente completa los cuestionarios, se puede desarrollar un perfil de las situaciones que presentan mayor riesgo de recaídas.

Al final de esta primera sesión se le entrega al usuario sus tareas y lecturas con las que va a iniciar el proceso de tratamiento, además se explica el manejo de automonitoreo el cual a partir de ese momento va comenzar a registrar.

Todo este proceso tiene el fin de cubrir los criterios necesarios para iniciar un proceso de tratamiento, además de brindar una serie de herramientas al terapeuta que le sirvan de guía para decidir el camino que se va a seguir en la atención con cada usuario en específico.

EVUACION

La sesión de evaluación inició con la entrevista inicial de la cual se obtuvieron los siguientes datos:

De acuerdo con sus datos generales el cliente cuenta con 29 años de edad, con un nivel educativo de bachillerato; un peso de 75kgrs aproximadamente, casado con un hijo, viviendo con su esposa en casa propia la razón por la que buscó tratamiento fue por no tener una dependencia mayor y por las pérdidas que ya estaba experimentando, (reportó eventos importantes que no sabía por consumir, como la próxima graduación de su esposa, y la falta de atención a su niño), ya había asistido a tratamiento 5 años antes para el consumo de alcohol en AA, perdió el empleo en dos ocasiones debido a su consumo, el 40% de su consumo es de cerveza y el 60% de su consumo es de destilados, no contaba con empleo al momento de ingresar al programa, sólo en ciertas ocasiones su padre le prestaba el taxi para sacar algo de dinero, pero como es el medio de mantenerse del padre, el préstamo no era muy a menudo, describió su consumo como un gran problema, de los intentos que realizó para dejar de beber, el período más largo de abstinencia fue de 1 año 8 meses debido a su asistencia en AA; sin embargo dejó al grupo y reinició su consumo.

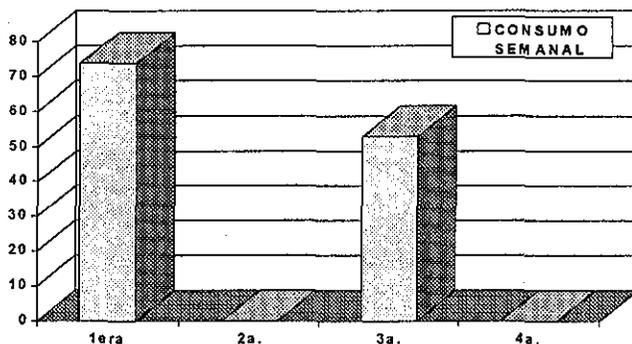
Los problemas asociados a su consumo son mayores como ya se ha descrito, no obstante consideraba sentirse satisfecho con la forma en que había llevado su vida hasta ese momento. Las personas que consideraba que lo ayudarían a cambiar eran su familia. Sí existía presión de los amigos para beber, sin embargo podía consumir tanto sólo como acompañado.

Consideraba que el sentirse que no tenía la capacidad para sacar proyectos adelante ya que había intentado en dos ocasiones hechar a andar negocios y los dos habían fracasado, además de haberle provocado una fuerte inversión de dinero, lo cual lo colocaba en ese momento con una fuerte crisis económica. Indicó que él en verdad envidiaba a otras personas por que sí podían lograr sus metas y que las de él fracasaban, razón por la que comienza a deprimirse y a beber de manera excesiva.

De acuerdo a los datos obtenidos del LIBARE (los cuales se describen en la primera sesión), el consumo anual es de 1410 copas, presentando consumos matutinos, no existían fechas especiales para consumir, sin embargo el mes previo al ingreso al tratamiento se presentaron consumos muy fuertes que obligaron a la familia a internarlo en una granja, de la cual se escapa y pide dinero, el cual ocupa en comprar alcohol, el malestar es tal que toma la decisión de dejar de tomar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MES PREVIO AL INGRESO A TRATAMIENTO



El factor decisivo es el reconocer que no su noción del tiempo con respecto a los cambios que ha experimentado su familia, no los tiene presentes, que hacen su vida sin tomarlo en cuenta en las decisiones y reconoce que se debe a que ha invertido más tiempo a consumir que a convivir con su familia, es por esta razón que a partir del momento en que ingresa al tratamiento se mantiene en abstinencia total.

De acuerdo al *Inventario Situacional de Consumo (ISCA)*, las tres principales situaciones donde era más probable que se presentara el consumo, eran en ese orden: emociones desagradables, momentos agradables y conflictos con otros.

El *Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)*, por su lado indicó que los momentos en que se sentía menos confiado de no consumir alcohol era en emociones desagradables y agradables.

Los datos del ISCA y CCS se entregan en la segunda sesión y dan la base para desarrollar habilidades de enfrentamiento ante la posibilidad de algún tipo de consumo que se encuentre asociado a estas situaciones, de la misma manera tener identificadas las situaciones, a fin de tener la capacidad de evitar el consumo, es decir, las recaídas.

La sesión concluye como se mencionó con la entrega del automonitoreo para su registro a partir de ese momento y hasta la conclusión del tratamiento, y la entrega de la primera lectura y tarea para la siguiente sesión.

PRIMERA SESIÓN

Para que un tratamiento sea efectivo, debe seguir una serie de principios que pueden ayudar a que la intervención tenga éxito como son, el tener presente la concepción de que un tratamiento puede ser efectivo para cierto tipo de población, pero eso no significa que deba serlo para todo tipo de problemática, de igual manera se debe observar la necesidad de complementar el tratamiento con otro tipo de intervenciones que cubran las necesidades del usuario. En muchos casos el tratamiento necesita ser acompañado de una intervención más intensa que a su vez vaya acompañada de la medicación, servicios médicos, terapia familiar, instrucción, rehabilitación vocacional, apoyo en servicios legales y sociales, tratamiento para la depresión, autoestima, etc.; de forma que al final, éste pueda ser integrado a un funcionamiento productivo y de interacción con familia, trabajo y sociedad.

Los tratamientos, dentro de su generalidad deben ser individuales en el sentido de adecuarse a las necesidades de cambio de cada individuo aun dentro del proceso de intervención. Por otro lado se debe tener muy presente el proceso de duración, el cual podrá variar de acuerdo al problema y necesidades del usuario.

El proceso de motivación y desarrollo de habilidades, alternativas ante el consumo y el desarrollo de la capacidad para remplazarlas por actividades constructivas, habilidades de solución de problemas y el manejo interpersonal y familiar, son componentes para una intervención efectiva.

Los eventos que preceden al uso de diversas sustancias así como las consecuencias a corto y a largo plazo por el uso de sustancias deben ser identificadas, ya que pueden ser críticas para entender las funciones del uso de drogas por parte del individuo. Una valoración detallada del uso de drogas proporciona información crítica para el desarrollo de las metas de tratamiento y sus estrategias; ya que la abstinencia a largo plazo, como resultado del tratamiento para usuarios de drogas es poco común (Vaillant, 1983; Marlatt, 1983; Stitzer, Bigelow & Liebson, 1979).

La primera sesión entonces, tiene como objetivo incrementar la motivación para el cambio y conocer el nivel de autoeficacia del usuario.

La motivación ayuda a incrementar la efectividad del tratamiento. Miller (1985) propuso que la motivación puede ser vista como la probabilidad de involucrarse en comportamientos que están destinados a resultar en desenlaces positivos. Miller asegura que viendo la motivación como un proceso dinámico interpersonal que involucra al terapeuta, el cliente y el medio ambiente, se pueden probar las estrategias para mejorar la motivación. Algunos de los componentes de la prevención motivacional que han demostrado ser prometedores incluyen la asesoría con retroalimentación en fijación de metas, fijando metas específicas y obtenibles, permitiendo a los clientes que guíen su propio tratamiento tanto como sea posible (elecciones voluntarias), usando apoyos para mejorar o sostener el cambio, así como características del terapeuta (empatía).

Basados en esto, Wilkinson & LeBreton (1986) sugirieron que en la práctica clínica, parece importante asegurarse que los clientes fijen metas realistas para sí mismos; lo cual los ayudará a obtener los resultados esperados.

De esta manera el concepto de auto eficacia puede jugar un rol central en la aplicación de la terapia cognitivo conductual y en el cumplimiento de la meta, ya que Bandura (1995) define la auto eficacia percibida como la creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar un curso de acción requerida para manejar una situación prospectiva; se considera que la eficacia afecta alguna fase del cambio personal, desde el momento de tomar la decisión de cambiar, iniciar el cambio y lo más importante mantenerlo. Existe un número importante de estudios que apoyan la relación que existe entre la auto eficacia y los resultados del tratamiento, se ha encontrado que a menor sentido de auto eficacia, puede incrementar la vulnerabilidad para recaer y en consecuencia el abandono del tratamiento (Bandura, 1992; Annis & Davis, 1988; Burling, Reilly, Moltzen & Ziff, 1989; DiClemente, 1981; McKay, Maisto & O'Farrell, 1993; Rist & Watzl, 1983; Rapp & King, 1992, Solomon & Annis, 1990, Stephen, Wertz & Roffman, 1993).

Como parte de la admisión se introduce el concepto de bebedor problema, lo que da la pauta para que el usuario asuma su consumo como algo aprendido y que en el momento en que lo decida lo puede dejar, siendo de esta manera descartado el concepto de enfermedad bajo este enfoque, es decir, al no definir el consumo de alcohol como una enfermedad que no tiene solución, con lo cual vivirá el resto de su vida, se abre la posibilidad de depositar la responsabilidad de su mejoría al cliente, ya que se ha encontrado que la involucración en su tratamiento y en las decisiones que se toman, por sí mismo es un gran motivador para el cambio (Miller & Hester, 1986).

En esta sesión se revisan los resultados de la Línea Base Retrospectiva, lo que ayuda a colocar al cliente en una posición en la que si no se había dado cuenta del consumo que presenta, el LIBARE lo hace evidente, además de ser el primer acercamiento a los momentos en que es más probable que se presente el consumo. Por otro lado se revisa el automonitoreo, el cual ayuda al usuario a tener claro los días de probable consumo y los pensamientos que se relacionan a este.

En esta misma sesión se trabaja sobre el primer establecimiento de metas, ya sea hacia la moderación o la abstinencia, en este momento la decisión está en las manos del cliente, puesto que él elige el tipo de meta que considera adecuada para sí, aquí el terapeuta puede cambiar la decisión sólo cuando el nivel de daño físico (primordialmente), pueda afectar al usuario, en este caso se sugiere la abstinencia; si no es el caso, se trata de que el usuario mantenga la meta establecida, no sólo durante el tratamiento, sino después de su conclusión, esto se puede lograr a través del seguimiento de algunas recomendaciones que lo ayuden a evitar el consumo, como el no consumir más de cuatro copas por ocasión, dejar pasar una hora entre copa y copa, no beber diariamente, alternar el alcohol con otras bebidas.

Es importante definir los problemas y las metas para que sean factibles de medición y evaluación (Kazdin, 1982). Las metas vagas o ambiguas fallan en reflejar adecuadamente la naturaleza del problema. Las metas definidas positivamente, comparadas con metas definidas negativamente, proporcionan una dirección más clara para los cambios del comportamiento.

Los planes de tratamiento normalmente contienen metas a corto y largo plazo; ya que las metas de largo plazo reflejan la meta fundamental del tratamiento, normalmente requieren un esfuerzo y tiempo significativo por parte del cliente (abstinencia completa; consecuentemente el progreso hacia las metas a largo plazo con frecuencia pueden ser ilusorias y difícil de reconocer si el enfoque es predominante a las metas a largo plazo).

Una forma de ayudar a los clientes es dividir las metas a largo plazo en metas a corto plazo; el cumplimiento de los cuales puede ser medido y estar relacionado con el progreso paso a paso hacia la meta de largo plazo. Las metas a corto plazo tienen varias ventajas: a) el progreso puede ser monitoreado con mayor frecuencia, b) el experimentar éxitos tempranos puede motivar al usuario c) la motivación del cliente para hacer cambios adicionales puede incrementarse debido a las oportunidades frecuentes para reforzar el cambio en el comportamiento.

Las razones de cambio fortalecen estas metas, ya que el desarrollar metas de tratamiento basándose en los recursos y puntos fuertes existentes del cliente es una manera de integrar experiencias de éxito temprano y preparar al cliente para que se enfrente con problemas más difíciles. Taylor y sus colegas (1982) aseguran que dicho enfoque proporciona al terapeuta y al cliente un inicio fuerte con repertorios de comportamiento existentes. El dar prioridad a metas que no están ligadas a la sintomatología del cliente, puede ayudar a reducir la sintomatología, es decir fomentar conductas no asociadas al consumo.

Este autor sugiere que la información recolectada ayuda a valorar las formas en las cuales una persona funciona bien o funciona bien previamente, los recursos interpersonales (habilidades de enfrentamiento) redes de apoyo sociales, que tan aversivo es el problema de consumo para el usuario y la respuesta del cliente ante la inversión en un tratamiento, dos áreas adicionales que deben tomarse en cuenta incluyen los éxitos previos al evitar el consumo de alcohol y las consecuencias positivas relacionadas con la abstinencia, así como las situaciones pasadas y presentes evaluadas (Análisis Funcional).

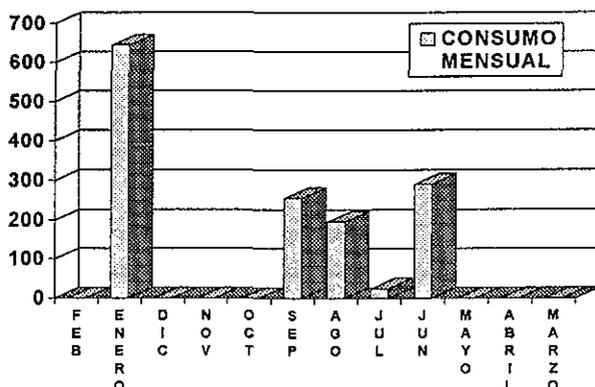
Una vez revisada esta información, se trabaja con el Balance Decisional, el cual ayuda a discutir sobre los costos y beneficios de cambiar su forma de consumo hacia la moderación o la abstinencia, de esa manera se revisan los costos y beneficios de continuar consumiendo, esta herramienta busca hacer reflexionar al usuario sobre las consecuencias que se pueden incrementar si no se cambia el consumo, así mismo las ganancias que se producen al cambiar la forma de beber. Sobell y Cunningham (1995) encontraron que el proceso de evaluación cognitiva de los pros y contras del uso de alcohol estuvo dada como la razón para resolver el problema de consumo, ya que esta razón fue motivada por las consecuencias negativas del uso continuo más que por los beneficios percibidos.

☞ PRIMERA SESION

Al inicio de la sesión lo primero que se revisa es el automonitoreo, a fin de conocer si ha presentado consumo durante la semana; en este caso el usuario inicia el tratamiento en abstinencia total, menciona que está dispuesto a cumplir la meta que se fijó y que le permitirse algún tipo de consumo, en este momento lo haría reiniciar el consumo, ya que no se sentía confiado de resistir el consumo.

Los datos obtenidos del LIBARE reportaron consumos más altos en Enero, Junio y Septiembre, siendo mayor el consumo los Domingos, lunes y Jueves, el consumo promedio diario reportado fue de 27 copas al día.

REGISTRO DE CONSUMO RETROSPECTIVO



Enero fue el mes en que tiene consumos mayores, el cual es seguido por su internamiento, de ahí que en febrero ingresa al tratamiento ya sin consumos reportados. La importancia de mostrarle los datos de consumo, como se ha mencionado, radica en sensibilizarlo acerca de la importancia de cambiar su consumo, así como el darse cuenta de los momentos en que es más probable que el consumo se presente. En este caso para el usuario el fin estuvo centrado en identificar los momentos en los que debía tener más cuidado ante un posible consumo.

La meta que planteó fue la Abstinencia, asistió puntualmente, decidió a la par con el tratamiento, iniciar su asistencia a AA, no se interrumpió el tratamiento puesto que no afectaba con la meta establecida. Consideró que lograr la meta era en ese momento lo más importante de su vida, puesto que si no hacía algo para solucionarlo, lo demás seguiría estando mal.

Su nivel de confianza fue de 80%, que lo ponía en una situación realista de su capacidad de cambio.

Las razones para modificar su consumo fueron: 1) recuperar el respeto por sí mismo y a su vez recuperar la confianza de su familia, 2) ser útil a su familia y 3) olvidar años de sufrimiento y dolor.

Estas razones son el medio a través del cual se puede anclar al cliente para dejar de beber, ya que al plantearlas como metas a largo plazo, el interés para conseguirlas es lo que ayuda a la motivación del cliente para promover el cambio, se reforzó el primer punto, ya que al tener mayor seguridad en sí mismo se capacidad de enfrentamiento se vería aumentada, así como el poder depositar en el usuario la responsabilidad del cambio en su tratamiento, la familia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por su lado fue el componente clave para promover el cambio, es decir, al convertirse en la meta a lograr, los intentos serían mayormente reforzados, aunado al hecho de que contaba totalmente con su familia para lograrlo, lo cual era un motivador muy importante; la historia de fracasos, se abordó desde el punto de reforzar sus logros y el cambio en el consumo, sería un factor que lo reforzaría.

Se trabajó en ubicarlo en el aquí y ahora y plantear metas a corto plazo que pudiera ir cumpliendo de manera que fueran más fáciles de cumplir, a la vez se comenzó a trabajar con el incremento de su auto estima a fin de lograr objetivos, además se le pidió estructurar un correcto balance de las consecuencias tanto positivas como negativas que sus acciones han provocado y que podrían provocar a fin de que tuviera claro que el continuar como estaba ya no le producía beneficios y sí consecuencias que cada vez serían mayores.

En este caso existían ya indicadores de pérdidas en primer lugar laborales y no menos importante, el descuido hacia su familia y su persona; que a pesar de contar aún con ellos, la relación estaba en un punto de constantes conflictos.

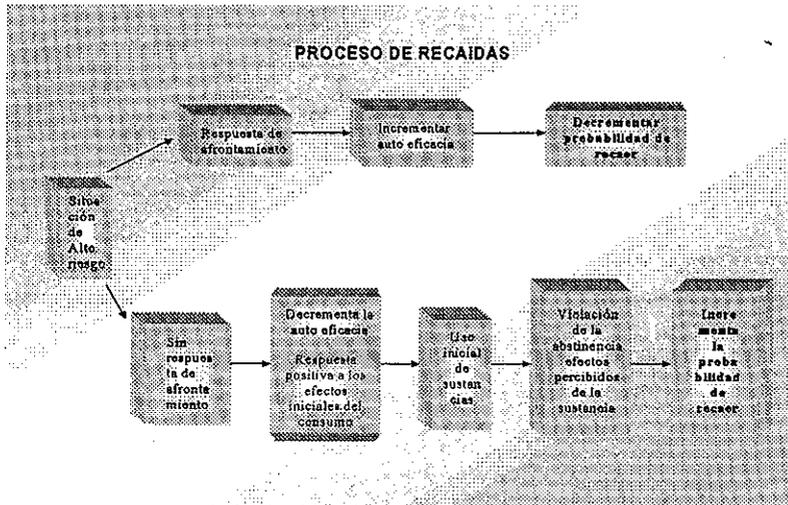
Al comparar el peso que tiene tanto los beneficios de cambiar su consumo, como los costos de continuar consumiendo, ayudan a valorar al cliente la necesidad de "inclinarse la balanza" hacia el lado del cambio, es aquí donde se tiene mayor oportunidad de motivar e influir en el cliente para hacerle ver que los beneficios de continuar consumiendo son mínimos y que son a corto plazo, al contrario de las consecuencias que cada vez van a ser mayores hasta el punto de ser únicamente pérdidas. Es el momento en el que más se puede engancharlo con el tratamiento.

SEGUNDA SESIÓN

La evaluación del medio ambiente del cliente para riesgos de recaída en el uso de drogas es muy importante. Las recaídas pueden ocurrir durante o después del tratamiento, en esa medida el objetivo del monitoreo es detectar esos consumos y tratarlos; la terapia cognitivo conductual ha desarrollado estrategias de prevención de recaídas, las cuales están basadas en la teoría de aprendizaje la cual juega un rol crítico en el desarrollo de conductas mal adaptadas. De esta forma los individuos aprenden a identificar las conductas problemáticas a través de la experiencia y buscar así la abstinencia, las técnicas incluyen la exploración de las consecuencias negativas y positivas de continuar su uso, auto monitoreo, manejo del deseo, la identificación de las situaciones de alto riesgo.

El enfrentar constructivamente las recaídas que ocurran ayuda a minimizar las consecuencias adversas, además de posibilitar el aprender a ver una recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de un fracaso personal (Marlatt & Gordon, 1985), como ya se ha mencionado, los factores asociados a una recaída pueden ser identificados e incorporados dentro del plan de tratamiento; la identificación de situaciones relacionadas con las recaídas ayuda a los clientes a considerar y prepararse constructivamente para las recaídas, proporciona una perspectiva más realista de qué esperar en términos de resolver los problemas de consumo de sustancias, además de dar a los clientes la oportunidad para discutir situaciones de recaída sin que sean expulsados o que se les considere como un fracaso para el tratamiento.

Marlatt y Gordon (1980, 1985) examinaron la historia natural de la recaída en sí, encontraron situaciones de alto riesgo que están asociadas al consumo y que de acuerdo al modelo evalúan el proceso de afrontamiento. La ausencia de una respuesta de afrontamiento aprendida, decrementa la auto eficacia (Bandura, 1977) iniciando el uso de sustancias e incrementando la probabilidad de recaer.



Las recaídas pueden provocar en el usuario una serie de consecuencias negativas como respuesta al consumo, lo que pueden determinar su futura reacción ante el cambio, lo importante es preparar al cliente para que vea a la recaída como una experiencia que lo prepara para un suceso posterior, la recaída puede ser una experiencia constructiva, o un programa de experimentación, en el que lo importante es planearlo y descubrir técnicas de auto manejo.

lo primero que se debe tener en cuenta es que existen procesos que inician y mantienen el cambio (Bandura 1977).

Cummings (1980) evaluó un proceso en donde existían 311 episodios iniciales de recaída, de esta manera emergen diferentes grupos de determinantes, individuales (intra personales) y categorías situacionales (ambientales), los cuales son previos al proceso de consumo y de recaída en sí.

De estos factores intrapersonales se desprenden los factores emocionales negativos como estrés, depresión, ansiedad y otros estados emocionales que se pueden asociar a las recaídas, Cummings encontró que 30% de las recaídas están asociados a estos factores ya que una emoción desagradable puede incrementar el cambio de una caída a una recaída. Una motivación inadecuada puede afectar el proceso de cambio, esta puede ser tanto interna como externa y debe de ser detectada a tiempo para implementar medidas para incrementarla (Marlatt & Gordon; Prochaska & DiClemente, 1984).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Otro factor es la respuesta al tratamiento, de la cual existe evidencia de que esta puede predecir los sucesos posteriores, la adherencia al programa puede ayudar a evitar este riesgo. Las habilidades de enfrentamiento se pueden convertir también en determinantes, Shiffman (1984), encontró que la respuesta de enfrentamiento ante un evento, puede determinar la respuesta conductual siguiente. Por su parte, las habilidades de enfrentamiento están asociadas a la auto eficacia (Bandura, 1977), como ya se ha descrito, la auto eficacia es pues, la creencia de una persona acerca de si puede responder o no efectivamente a una situación confiando en sus propias habilidades.

Los factores fisiológicos pueden ser otro factor que determine la recaída, se ha encontrado que el grado de dependencia tiene implicaciones para el tratamiento. Sin embargo diferentes estudios han mostrado inconsistencia en este tema, Cummings (1980) encontró que sólo 6% de los estudios que reportaron recaídas estaban asociados a tentación y urgencia, y que solo 7% se asoció a estados físicos negativos. Mermelstein (1983) que el deseo fue el mayor factor en 9% de las recaídas en fumadores; en contraste Shiffman (1982) encontró que aproximadamente la mitad de las situaciones de recaídas con fumadores se asociaron a síntomas de retiro, aún así no son factores que muestren tener suficiente poder como para provocar recaídas, que no significa que no deban ser tomados en cuenta.

Los factores sociales y medioambientales juegan un papel importante en los problemas de adicción, incluyendo las contingencias externas específicas. Estas pueden ser las interacciones entre individuos (apoyo social) ambiental o programas que manipulen contingencias.

Los factores sociales son determinantes susceptibles de enfermedad (problemas de corazón, cáncer, muerte), es aquí donde la habilidad de la persona para tomar decisiones ante eventos estresantes y adherirse a un programa de tratamiento juega un papel importante (Janis, 1983) o por el contrario relacionarse con problemas de consumo de sustancias (Best, 1980; Colletti & Brownell, 1982; Moos & Finney, 1983). El apoyo familiar y de amigos son de las pocas variables asociadas a la reducción de consumo (Brownell, 1984; Miller & Sims, 1981; Wilson, 1985). El conflicto interpersonal es un factor que pronostica casi inequívocamente recaídas.

Moos & Finney, (1983) mostraron que en estudios de alcohol, la cohesión familiar y marital ayudaba a responder mejor al tratamiento y al seguimiento a dos años.

En cuanto a factores ambientales Shiffman (1982) encontró que los eventos antecedentes están asociados a recaídas. Los programas de contingencias se dan a la tarea de proveer de incentivos a los usuarios a fin de incrementar la motivación. Hunt & Azrin (1973) desarrollaron un programa intensivo de reforzamiento comunitario, reforzando el área familiar, social y vocacional, brindando, consejo, entrenamiento en habilidades y asistencia en necesidades, entre otras, Nathan, (1983) desarrolla un programa de contingencias ambientales con un programa de empleo para apoyar estas condiciones.

El análisis situacional puede predecir situaciones de riesgo para recaer, pero las habilidades de afrontamiento pueden detener este riesgo, estos factores pueden pasar de caída a recaída fácilmente o detenerse en una etapa y no necesariamente se presentan aislados, sino que involucran a varios de los factores mencionados. Lo importante en primer momento es identificarlos a fin de prevenir la caída que lleve a la recaída. Es aquí donde existen dos aspectos importantes que deben tomarse en cuenta en la prevención; el primero es el desarrollo de métodos para

incrementar la motivación y el segundo la identificación de los factores que están en mayor riesgo de provocar el consumo.

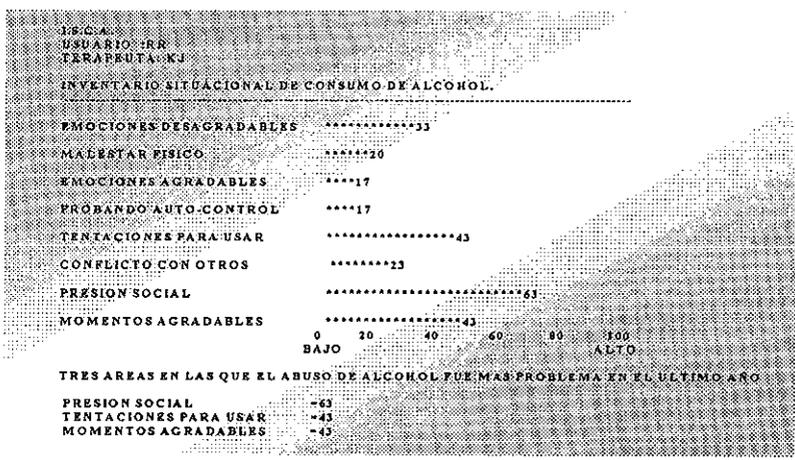
Por otro lado se debe tomar en cuenta que los bebedores problema no siempre toman en exceso, en ciertas ocasiones pueden mantener un control adecuado sobre su consumo. El cliente debe identificar situaciones que se relacionan con el consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas que se relacionan a este consumo. Estas situaciones llamadas de riesgo se comparan con los resultados obtenidos durante la evaluación inicial por medio del ISCA; el objetivo de esta comparación es llevar a cabo un análisis funcional de la conducta al identificar antecedentes y consecuencias del consumo.

Además durante esta misma sesión el terapeuta discute la alta probabilidad de que el cliente tenga una recaída, la cual se define como una ocasión en que el consumo rebasa la meta auto impuesta debido a una situación específica. Es entonces donde se enfatiza el ver a la recaída no como un fracaso personal o un indicador de que el tratamiento no funciona, sino como una experiencia necesaria en un proceso de cambio de un comportamiento adictivo.

Esta información proporciona al terapeuta la pauta para reforzar la idea de identificar las situaciones de riesgo y buscar afrontar exitosamente las situaciones que se presentan, ya que al hacerlo, se experimenta un incremento en la confianza para controlar el consumo, lo que reduce la posibilidad de recaídas.

SEGUNDA SESION

El registro de automonitoreo lo mantiene en abstinencia y sin necesidad de consumo. En esta sesión es donde se entregan los resultados del ISCA (Inventario Situacional de Consumo de Alcohol), el cual indica que las situaciones en las que fue más probable que el consumo ocurrió fueron: emociones desagradables, momentos agradables, conflicto con otros.

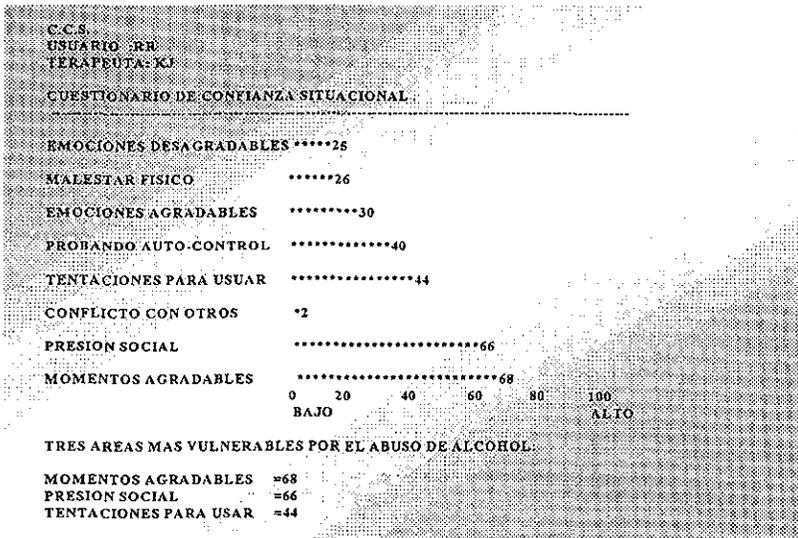


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Reportó que la situación en la que más probable es que consuma eran arranques de ira, después en igual de circunstancias, después de una larga depresión y por resentimiento. Como se describió una situación de riesgo, es un evento que amenaza la percepción de control del individuo y que incrementa el riesgo de presentar una recaída.

De esta manera los datos reportados por el cuestionario de confianza situacional (CCS) apoyan al ISCA, es decir el concepto de auto eficacia, por lo que es importante considerar que las situaciones en las que se siente menos confiado para abstenerse de consumir, las cuales son precisamente las que se deben de reforzar y aplicar medidas de afrontamiento ante una posible presentación.



De esta manera las tres situaciones en donde es más probable que se presente el consumo son: momentos agradables, presión social y tentación para usar.

Es decir, los estados emocionales, conflictos con otros y presión social, son situaciones en las que se debe de tener mayor cuidado y desarrollar estrategias para enfrentar el evento de consumo.

Una vez revisadas los resultados de los cuestionarios se resaltó la importancia de tener siempre presentes los eventos que se relacionan al consumo ya que si el usuario es capaz de ejecutar exitosamente habilidades de afrontamiento cognitivas o conductuales en una situación de riesgo, la probabilidad de recaída decrementa, lo que lo lleva a experimentar una situación de dominio o una percepción de control, que se asocia a la expectativa de ser capaz de enfrentar el próximo evento que se presente, lo cual está asociada al concepto de auto eficacia (Bandura, 1977).

Las tres situaciones que consideró que eran las que lo colocaban en mayor riesgo de consumo fueron:

1. Después de una larga depresión (30%)

Se refiere a "rachas" de depresión debidas a la falta de empleo, el recordar anteriores oportunidades de superación desaprovechadas y también discusiones familiares por la falta de aprovechamiento.

Consecuencias: relajación y libertad un estado de arrepentimiento y remordimiento

2. En un arranque de ira (40%)

Cuando por largos periodos de inestabilidad cree llegar al tope, al ver que la situación no mejora o cambia, lo hace por coraje o signo de rebeldía.

Consecuencias: fugarse de la realidad

3. Al acumular resentimientos (30%)

Se refiere al pedir más de algunas personas, y ellos se rebelaban, o al exigirse más de sí mismo, o al hecho de no aceptarse tanto física como emocionalmente.

Consecuencias: no enfrentarlo, tranquilidad; desintegración con la familia y personas cercanas, falta de respeto a sí mismo.

Debido al temor que experimenta por la posibilidad de recaída se planteo la necesidad de manejar el concepto, reforzando el hecho de que aún cuando existiera un consumo se debe ver como parte de un proceso de aprendizaje que sirve para tomar en cuenta elementos que no habían sido contemplados durante el tratamiento, pero que es importante contemplar más de tres situaciones de consumo, lo que abre un abanico de posibilidades y mayor control ante una posible recaída.

Es decir, la recaída es un proceso natural de recuperación, por el hecho de que podemos aprender de nuestros errores, y en lugar de verse como un fracaso se debe ver como un reto y la oportunidad para aprender nuevas formas de enfrentarlo.

En este momento se sugirió la búsqueda de empleos que pudieran darle un tipo de ingreso, se comienzan a trabajar opciones, en primer lugar ver que actividades puede y le agradaría desarrollar, siendo realista en todo momento, y en la búsqueda de lugares donde ofrezcan opciones de empleo que vayan de acuerdo con lo que le interesa.

En la medida en que el problema de empleo comience a solucionarse, su inseguridad va a decrementar, la misma falta de empleo lo hace sentir resentimiento hacia quienes tienen mejores condiciones de vida, se refuerza el hecho de que consumiendo alcohol, no va a solucionar su problema, sino a incrementarlo, por lo que tiene que comenzar a desarrollar estrategias que le ayuden a cumplir metas a corto plazo en primer lugar y a lo largo de su vida, se le indica que las estrategias deben ser realistas y que se deben poner en acción ya, lo que implica que no basta con tener la intención de hacerlo, sino que debe de buscar formas de cumplir con sus metas.

Se refuerzan las consecuencias que su consumo le ha traído. Las dos primeras situaciones se relacionan con los resultados del ISCA y CCS ya que se refieren a eventos relacionados con emociones, la tercera situación se refiere a conflicto con otras personas, se trabaja con él sobre la relación que se observa entre instrumentos y el reporte realizado por el usuario, pero más que esto, en la identificación y conciencia de los eventos en los que se encuentra en

mayor riesgo de consumo, las consecuencias que le ha traído y que puede desarrollar, y a su vez, la manera en como los va a enfrentar para evitar el consumo (recaída).

Se apoyó el reportar un posible consumo, ya que esto facilitaría el poder trabajar con las estrategias para enfrentarlo, de la misma manera se le entrega la siguiente lectura y tarea, las cuales se le explican para su comprensión, dudas y para manejar la importancia que tiene tomar en cuenta los puntos que aborda el material para controlar y eliminar el consumo de alcohol.

TERCERA SESIÓN

Durante la tercera sesión se trabaja en un programa general de solución de problemas, en donde el usuario una vez que identificó los factores o situaciones que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias que esto le produce, debe estipular una serie de alternativas que lo ayuden a evitar que el consumo excesivo se dé ante estas situaciones. Es muy importante explicarle que en el proceso de aprender a beber moderadamente no puede actuar de manera impulsiva o en forma no planeada.

A fin de lograr un consumo moderado se debe preparar para actuar ante ciertas situaciones, en particular en aquellas identificadas como de riesgo. Es decir, el usuario debe saber cuantas copas beberá y que estrategias utilizará para controlar su consumo. De igual forma debe anticiparse a situaciones no contempladas como la presión de amigos, asistencia a lugares donde no contempló la presencia de alcohol, cambios en su estado de ánimo; es en este momento donde debe ser capaz de poner en práctica todas sus habilidades de afrontamiento que sean adecuadas a esa situación en particular.

Marlatt y Gordon (1980) encontraron que los componentes de solución de problemas estaban asociados con pocas recaídas.

En el contexto social la resolución de conflictos puede definirse como un proceso cognitivo-afectivo-comportamental mediante el cual el individuo identifica o descubre medios efectivos para solucionar conflictos propios del vivir cotidiano. Este proceso incluye tanto la elaboración de soluciones como la toma de decisiones o elección de conducta (D'Zurilla & Goldfried, 1971). La solución de conflictos es al mismo tiempo un proceso de aprendizaje social, ya que requiere la capacidad de cambiar la ejecución (Gagné, 1966), una técnica de auto instrucción, y una estrategia de enfrentamiento.

La concepción cognitiva conductual incluye cuatro componentes.

- ☞ Ejecución: se refiere a la implementación de soluciones, e importante tomar en cuenta que la ejecución del plan resolutivo puede estar mediado por más factores que la habilidad para la resolución de conflictos.
- ☞ Autorregulación: incluye la observación de la propia conducta durante la solución y sus resultados, con el fin de lograr un asesoramiento exacto y objetivo de la solución; la medición más importante estará mediada por el establecimiento de la meta o metas realistas para resolver el problema.

- ☞ Autoevaluación: el individuo compara la solución resultante observada, con los resultados estimados o esperados para tal solución basándose en el proceso de toma de decisiones, si es satisfactorio se dirige hacia el paso final.
- ☞ Autoreforzo: mediante el cual el individuo se premia por un trabajo bien hecho, el refuerzo más importante llega a ser el resultado positivo en sí mismo, el cual puede incluir la reducción del problema, o la sucesión del cambio, además de fortalecer el control percibido y las expectativas de autoeficacia.

En resumen, la búsqueda de solución de conflictos implica el conocimiento del problema, la elaboración de soluciones alternativas, toma de decisiones e implementación y verificación de las soluciones, es decir verificar la efectividad de la solución implementada en una situación real.

Durante esta sesión, además del desarrollo de estrategias de afrontamiento, se contempla el buscar actividades que sean incompatibles con el consumo de alcohol, con el fin de que el tiempo invertido en actividades tendientes al consumo, se sustituyan por actividades que además pongan a funcionar áreas que estaban o iniciaban a deteriorarse, como escuela, trabajo, deportes.

Con esta información, el terapeuta y usuarios evalúan cada alternativa en términos de resultados, lo que los ayuda a decidir sobre la mejor alternativa de afrontamiento.

En este momento se programan sesiones adicionales ya sea por requerimiento del usuario o, y principalmente por indicación del terapeuta.

☞ TERCERA SESION

Se mantiene en abstinencia, indicó que no tiene intención de consumir, aunado al hecho de que se encuentra asistiendo al grupo de AA, lo cual lo ayuda en que si tuviera necesidad de consumir, asistiría para evitarlo, el apoyo que encuentra lo está ayudando a mantenerse sin consumir.

Las opciones ante sus tres situaciones principales de consumo son:

1. Ante la depresión

- a) Hacer ejercicio
- b) Leer un libro
- c) Dormir
- d) Platicar con amigos

Indicó que la mejor opción es hacer ejercicio y en segunda opción platicar con amigos.

Plan de Acción:

*Buscar un lugar para realizar ejercicio, practicar caminata y llevar Walkman, repasar mentalmente que al final de la sesión se refrescará con agua o jugo y no con alcohol.
Buscar la compañía de alguien que ponga atención y le dé seriedad a su problema.*

2. Con respecto a su segunda situación de estar irritable

- a) Dialogar con la persona que está enojado
- b) Asistir a una junta de auto ayuda

c) *Hacer ejercicio*

La mejor opción fue asistir a su grupo de auto ayuda y hacer ejercicio.

Plan de Acción:

Ser parte del grupo y expresar lo que le inquieta, integrarse a las actividades que tiene el grupo, organizándolo con respecto a sus actividades rutinarias.

3. *Su tercera situación de consumo, se refería a cuestiones económicas, (esta situación la cambió, debido a que consideró que los resentimientos y presiones que sentía eran por la falta de dinero para controlar varios aspectos de su vida, por lo que decidió que el fondo de esta actitud eran los problemas económicos).*

- a) *Replantear lo que es económico y lo que es anímico*
- b) *Hablar por teléfono o plantear cita con la psicóloga*
- c) *Visitar o telefonar a un "padrino"*
- d) *Pedir un préstamo*

Indicó que su mejor opción era comunicarse con personas que lo pudieran aconsejar y de esta manera evitar el consumo.

Plan de Acción:

Contactar por teléfono en los momentos de duda ante ciertas situaciones; tener a la mano y repasar las actividades, lecturas y alternativas que se vieron en la sesión; recordar siempre que el compromiso es consigo mismo, "Yo decido hasta donde llego".

Se le hace ver la importancia que tienen las estrategias que va a implementar para enfrentar el consumo de alcohol, de la misma manera se le pidió que fuera más realista con estas estrategias, puesto que era la forma en que iba a enfrentar un posible consumo, además de explicarle que podía extenderlas a otras situaciones relacionadas con el consumo, de la misma manera, lo podía implementar para otras actividades en su vida, de manera de implementar planes de acción ante eventos futuros, como el conseguir empleo; de esta manera trajo a la sesión opciones de empleo que vio en el periódico, mencionó que ya tenía planeado abrir un negocio, pero que estaba planeando como hacerlo funcionar, ya había hablado con su padre para que le prestara el taxi en un tiempo establecido a fin de que pudiera tener ingresos fijos y que cuando tuviera lo suficiente, le comenzaría a pagar por la renta del mismo, o en su caso hasta juntar para comprarse el propio.

Por otro lado se trabaja con la relación que tiene con su esposa, indicando que necesita un tipo de terapia de pareja, a fin de manejar cuestiones que los involucra a los dos, en esta medida se le brinda la opción de integrarlo a una terapia de pareja en el momento que concluya el tratamiento de alcohol.

De esta forma se habla acerca de la cercanía del término del programa, por lo que se considera necesario que contemple si requiere sesiones adicionales, o en su caso el primer seguimiento, el cual es sugerido en mayor medida ya que se considera que se encuentra apto para continuar sin supervisión directa del terapeuta; de igual manera se le apoya para que tome el control de su vida, y de su bienestar sin la intervención externa. Además se le brinda la opción de contemplar la asistencia a un programa de autoestima y/o terapia individual que lo ayude a mejorar su calidad de vida y trabajar con sus estados depresivos.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Se le entregan el segundo establecimiento de metas, el CCS y la evaluación del programa, además de que se le pide que continúe con su registro de consumo.

CUARTA SESIÓN

En la cuarta sesión se comentan los avances logrados por el cliente relacionados con su plan de acción y hacen un resumen sobre los resultados obtenidos en las sesiones anteriores, se evalúa su consumo actual y se compara con u consumo inicial.

Existen tres áreas que deben ser tomadas en cuenta en esta sesión y que parten del mantenimiento de la conducta, las cuales son el continuar con el monitoreo, es decir en este momento se plantea que el trabajo con el terapeuta no termina, pero que es un periodo de prueba previo a la conclusión del tratamiento; el apoyo social, el cual como se ha descrito va asociado al medio ambiente en el cual se desenvuelve el usuario y el cual es básico para continuar su vida, lo cual va asociado a las estrategias de enfrentamiento y solución de problemas que haya desarrollado, y por último el cambio en el estilo de vida, la cual se refiere a las estrategias que ha desarrollado para sustituir una conducta indeseable por una conducta adaptativa que le brinde mayores beneficios.

Se trabaja con el segundo establecimiento de metas y se compara con el primero, a fin de establecer si esta se mantiene o se modifica para un futuro, ya que después de este periodo de tiempo el puede darse cuenta si la mantiene o desea modificarla por una meta que sea más realista a sus capacidades, de la misma manera el conocer que tan confiado se encuentra en lograr mantenerla.

Se habla sobre la pertinencia de sesiones adicionales, además se programan los seguimientos, en los cuales el cliente tendrá la oportunidad de evaluar su progreso y fortalecer el uso de los procedimientos del tratamiento, como manejo de recaídas, estrategias de afrontamiento, aplicación de planes de acción ante posibles y nuevos consumos, es decir se prevén posibles caídas pero se maneja la posibilidad de que sea bajo supervisión y demostrar que puede manejar sus habilidades de auto manejo para prevenir las

Se adiciona una evaluación sobre el tratamiento, lo cual ayuda a afinar el proceso para mejorar la calidad del mismo.

☞ CUARTA SESION

Se trabaja con el cierre del programa además de la importancia que tienen los seguimientos, en primer momento al mes, ya que son la oportunidad de que de manera independiente y sin apoyo directo del terapeuta, pongan en práctica las medidas de afrontamiento del problema, se plantea nuevamente que en caso de recaída es importante no dejar de asistir, sino que al contrario es la oportunidad de manejar situaciones que no fueron contempladas; sin embargo no por ello es indispensable que se presenten, pero sí que se mantengan a la expectativa de que pudiera ocurrir y que tengan los elementos para enfrentarlo.

Se realizó el segundo establecimiento de metas en el cual la meta continuó siendo a abstinencia ya en este momento el consumo de alcohol dejó de ser lo más importante de su vida (80% de importancia) y la seguridad para lograr la meta fue de 100%.

La cuarta sesión es el cierre del programa formal, el cual implica hacer un resumen de lo revisado durante las sesiones, así como el fortalecer las estrategias implementadas, reforzar los logros y motivar para continuar aplicando sus estrategias de enfrentamiento desarrolladas.

SEGUIMIENTO

Los seguimientos son intervalos designados sistemáticos, estructurados de contacto individual posteriores al tratamiento: una de las razones principales para llevarlo a cabo es que es un lazo esencial para la eficacia del tratamiento, ya que proporciona retroalimentación, que ayuda al personal de tratamiento para mejorar habilidades y finalmente ser más efectivos para tratar las adicciones. Así mismo e igualmente importante es el impacto directo en los propios pacientes.

El fundamento real de los seguimientos es evitar las recaídas de ahí su importancia, es el medio a través del cual terapeuta y usuario pueden renovar sus esfuerzos para prevenirlas, es decir, es un cuidado posterior. Tiene la ventaja de motivar al usuario en mantener el cambio.

Por último es un medio que ayuda a la documentación de la información, y la integración con el tratamiento en sí para verificar el cambio y la eficacia del tratamiento.

SEGUIMIENTO

Durante los seguimientos se encontró que el cliente continuaba en abstinencia, las estrategias que implementó fueron continuar con el grupo de AA de manera que si sentía necesidad de consumir, reforzaba su meta con la asistencia al grupo, actualmente indica sentirse satisfecho con el manejo de su vida, dejó el grupo de AA por mencionar que el alcohol ya no es un problema por lo que su asistencia ya no es necesaria.

En cuanto a su ambiente familiar considera que recobró la confianza de su familia, lo que lo llevó a su integración, actualmente tiene 2 niños, continúa con su esposa, ahora acompaña el trabajo del taxi con un negocio personal, lo que le brinda la posibilidad de una tranquilidad económica.

A dos años del ingreso a tratamiento, tuvo un consumo en junio del 2001 de 5 copas de brandy, el motivo fue que se encontraba solo ya que su familia se fue de vacaciones y quería probar que podía tomar cierta cantidad y detenerse, al comprobar que sí podía hacerlo, no volvió a tomar hasta la fecha del último seguimiento.

Las recomendaciones que consideré pertinentes fueron el iniciar el proceso de tratamiento en un grupo de auto estima o terapia individual, ya que a pesar de haberse mantenido en abstinencia, existe lógicamente otras áreas que son necesarias fortalecer para en determinado momento evitar una posible recaída.

Por otro lado la importancia de llevar en conjunto con la terapia, un grupo de apoyo fue de gran ayuda para mantener la meta, lo cual se debe de considerar como básico en una intervención en donde la posibilidad de mantener redes con otras áreas puede fortalecer el mantenimiento del cambio. Como parte de este trabajo considero pertinente señalar la importancia de manejar grupos de apoyo a personas cercanas al usuario, ya que en muchos casos son determinantes para la moderación/abstinencia, y en ciertos casos, el reinicio del consumo.

El programa de tratamiento de Auto Cambio Dirigido a Bebedores Problema tiene como fin llevar al usuario de alcohol a través de una moderación (autorregulación), a la abstinencia, esto se logra a través de un programa motivacional en donde se le brinda al usuario la posibilidad de guiar su tratamiento, así como la reflexión del camino que está tomando y que le va a implicar una serie de consecuencias sea cual fuere la decisión tomada.

De esta manera a través de una serie de estrategias se busca el desarrollo de recursos para enfrentar un problema que ha tenido durante un tiempo, los métodos de instrucción que el terapeuta emplea ayudan a orientar al usuario sobre las formas de enfrentamiento ante situaciones de riesgo que se pueden presentar y evitar las recaídas, todo esto a través de la implementación de alternativas para solucionar el problema de consumo de alcohol.

De esta forma una vez que se adquiere la confianza en su capacidad de eficacia ante su consumo, se procede a mantener el cambio a través del seguimiento del tratamiento en diferentes momentos después de concluido el programa, de esta manera se busca fortalecer las estrategias empleadas y apoyar en caso de recaída.

El usuario se encontraba en un momento de determinación lo cual facilitó el ingreso al tratamiento y su mantenimiento, ya que estaba dispuesto a seguir las indicaciones y tomar en cuenta las actividades que tenía que desarrollar para lograr el cambio, de esta manera, el nivel de motivación es básico para lograr el cambio, tenía la ventaja de que ya había dejado de fumar, lo que ayudaba a reforzar el hecho de un logro ante el consumo de una sustancia, aún cuando se indica dependencia severa, se toma en cuenta otros requisitos que apoyan su inclusión al programa, este hecho hace ver que no solo se toma en cuenta un requisito en contra, sino la valoración basada en una serie de instrumentos y criterios para su aceptación, en primer lugar su disposición.

Se trabajó con el manejo de sus respuestas ante eventos que pueden disparar el consumo (precipitadores), a fin de crear medidas de enfrentamiento del consumo, en este caso el factor económico tenía un peso importante ya que afectaba diferentes áreas de su vida, por lo que la estrategia de búsqueda de fuentes de ingreso, aún cuando no fueron contempladas como primera opción, fue un factor que se manejó a lo largo del tratamiento a fin de fortalecer su seguridad y su capacidad de eficacia. El tratamiento en conjunto con el programa de AA pareció ayudar a mantener la meta, se permitió el manejo paralelo ya que su meta en todo momento fue la abstinencia, por lo que no afectaba al tratamiento, por el contrario fue una estrategia valiosa para mantener la meta.

La posibilidad de deserción se combate con motivación, ya que la relación que el terapeuta mantiene con el usuario fortalece la permanencia de éste en el tratamiento, el hecho de no encasillar al usuario como alcohólico ayuda a evitar que de entrada el paciente se considere incapaz de solucionar su problema, adicionado a esto existen diferentes factores que pueden provocar

deserción del usuario como familia, edad, escolaridad, apoyo social, sin embargo no son determinantes de, por lo que el mantener una relación empática, de confianza, respuesta rápida y atención individual, apoyo y compromiso, y ante todo una relación interactiva son factores que pueden reducir la posibilidad de deserción, y que deben ser tomados en cuenta desde el inicio del tratamiento, precisamente para evitarla.

El apoyar al tratamiento con tratamiento adicionales ayuda a fortalecer al tratamiento en sí, siempre y cuando no se mezclen o interfiera uno con otro al punto de confundir al usuario, de ahí la importancia de tener un tratamiento estructurado con bases fundamentadas que refuercen al programa y que en todo momento se oriente a la solución del problema de consumo.

BIBLIOGRAFÍA GÉNERO

Ayala, V.H. y Gutiérrez L.M. (1993). Una revisión de Programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. Consejo Nacional contra las Adicciones. Marzo-Abril. No. 16.

Annis, H.M; Liban, C.B.(1980). Alcoholism in Women: Treatment modalities and outcome. In O. Kalant. Research advances in alcohol and drug problems. Vol.5.

Archer, John. (1985). Sex and Gender

Aries, Elizabeth. (1987). Gender and Communication. In Phillip Shaver and Clyde Hendrick. Sex and Gender, Review of personality and social psychology. Newbury Park California.

Arnau Grass, J. (1990). Psicología Experimental "Un enfoque metodológico" Ed. Trillas México

Brett, P.J; Graham, K; Smithe, C; January 1995. An Analysis of Speciality Journals on Alcohol; Drugs and Addictive Behaviors for Sex Bias in Research Methods and reporting Journal of Studies on Alcohol.

Campbell, D. Y Stanley, J. (1982). Diseños experimentales y cuasi experimentales de la investigación social. Buenos Aires Argentina Ed. Amorroutu.

C. Campillo Serrano. (1982). Los Problemas relacionados con el Alcohol en México y Estrategias para Prevenirlos. En El Alcoholismo en México. Valentin Moína Piñero, Luis Sanchez M. Fundación de Investigaciones Sociales A.C.

David C. Lewis, M.D. May. 1991. Comparison of alcoholism and Other Medical Diseases: An Internist's View. Psychiatric Annals.

Edwards, G; & Gross, M.M.(1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical Syndrome. British Medical Journal.

Elsie, R. Shore, Ph.D. November 1994. Outcome of a Primary Prevention Project for Business and Professional Women. Journal of Studies on Alcohol.

Gomberg Edith S. (1977). Women with alcohol problems. Alcoholism: Development, consequences and intervention. Nada J. Estes; M. Edith Heinemann. Washington

Hall, Judith, A. (1987). On Explaining Gender Differences. In Phillip Shaver and Clyde Hendrick. Sex and Gender, review of personality and social psychology. California.

Hanson; Prieze,; Cooney; Schaefer, P. (1985). Alcohol Use and Marital Violence: Female and Male Differences in Reactions to Alcohol. Wilsnack; S.C. Alcohol Problems in Women: antecedents, consequences and intervention.

Harris Isbell. Experimental Physical Dependence on Alcohol in Humans. Department of Medicine. University of Kentucky.

Hill, Shirley, Y. (1985). Vulnerability to the Biomedical Consequences of Alcoholism and Alcohol- Related Problems among Women. In Wilsnack, S.C. Alcohol Problems in Women: antecedents, consequences and intervention.

Horwitz J. Epidemiological and Preventive Aspects. National Health Service of Chile. Santiago de Chile.

James, L. York. January(1995). Women's Drinking More Like Men's Than Previously Thought. Journal of Studies on Alcohol. Research Institute on Addictions. Buffalo, N.Y.

Joy Leland. (1995). Alcohol use and abuse in Ethnic Minority Women. In Wilsnack; S.C. Alcohol, Problems in Women: antecedents, consequences and intervention.

Kimberly, S; Walitzer. November (1994). New Program Helps Heavy-Drinking Women. Research Institute on Addictions.

Lammers, S. Alcohol Digest. Vol. 12, No. 47 May (1985). ISSN09-1652.

Lisansky; Gomborg, E; Lisansky, J.M. (1985). Antecedents of alcohol Problems in Women. In Wilsnack, S.C. Alcohol Problems in Women: antecedents, consequences and intervention.

Marc. A. Schuckit and Robert M.J. Haglund. (1977). An Overview of The Etiological Theories on Alcoholism, Development, consequences and intervention. Nada J. Estes, M. Edith Heinemann. University of Washington.

Medina-mora, M.E; Rascón, M.L; Otero, B.R; Gutiérrez, E. (1988). Patrones de consumo de alcohol. El problema en México. Consumo de alcohol en México y Estados Unidos. Los Angeles; Ed. UCLA

Medina-Mora, M.E; Rascón, M.L; Otero, B.R; Tapia, C.R; Lazcano, F. (1989). Situación Epidemiológica del abuso de drogas en México. Bol. of Saint Panama.

Nada J. Estes and Joan M. Baker. (1977). Spouses of Alcoholic Women. Alcoholism: Development, consequences and intervention. Nada J. Estes, M. Edith Heinemann. Universidad de Washington

N. Kreitman. (1984). Alcohol Studies and Psychiatric Epidemiology. Social Psychiatry. 19: 153-154. Royal Edinburgh Hospital.

Reid K. Hester; William R. Miller (1995) Alcoholism Treatment Approaches. Effective alternatives. 2a Edition. Needham Heights, Massachusetts.

Remi, J. Cadoret. (1995). Familial Transmission of Psychiatric Disorders Associated with Alcoholism. In The Genetics of Alcoholism. Henri Begleiter and Benjamin Kissin Oxford University Press.

Ronald, R. Watson. (1994) Addictive Behaviors in Women. Totowa, N.J. Humana Press.

Sheiffa B. Blume, M.D. Women and Alcohol. Sept. 1986 Vol. 256 No. 11.

Toneatto, A; Sobell, L.C; Sobell, M.B. (1992). Gender Issues in the Treatment of Abusers of Alcohol, Nicotine and other Drugs. Journal of Substance Abuse.

Vannicelli, Marsha.(1985). Treatment Outcome of Alcoholic Women: The State of the Art in Relation to Sex Bias and Expectancy Effects. In Wilsnack, S.C. Alcohol Problems in Women: antecedents, consequences and intervention.

Varela A. (1970). The Role of Personality in Alcohol Abuse. In Alcohol & Alcoholism. Robert E. Popham, The Addiction research foundation. University of Toronto Press.

Velasco, R. Fernandez. (1982). Factores Causales del Alcoholismo. En El alcoholismo en México. Valentin Molina Piñero, Luis Sánchez M. Fundación de Investigaciones Sociales A.C.

BIBLIOGRAFIA DISEMINACIÓN

Basch CE & etal (1986) Diffusion systems for education and learning about health. Family and Community Health; 9, 1-26.

Bostrom J y Suter WN (1993) Research utilization: making the link to practice. J. Nursing Staff Devel; 9: 28-34.

Crosswaite C & Curtice L (1994) Disseminating research results- the challenge of bridging the gap between health research and health action. Health Promotion International 9(4): 289-296.

Hayes S (1997) Why Managed Care is Ripe for Market-Oriented Behavior Therapy. Behavior Therapy.

Hayes S. (1998) Dissemination Research Now The Behavior Therapist

Hosteller M y Fisher K (1997). Project C.A.R.E substance abuse prevention program for high-risk youth: a longitudinal evaluation of program effectiveness. Journal of community psychology, Vol 25, No.5, 397-419.

Iwasama G y Orsillo S. (1997) Manuales individualizados de tratamiento. Un cambio para la siguiente generación. En "Manualizando la terapia conductual". Behavior Therapy 28, 511-515.

Lomas J (1991) Words without action? The production, dissemination and impact of consensus recommendations. Ann Rev Oubl Hlth; 12: 41-65

Persons J (1997) Dissemination of effective methods . Behavior Therapy's Next Challenge. Behavior Therapy.

Shanley C etal (1996) Dissemination of research findings to alcohol and other drug practitioners. Drug and Alcohol Review. 15, 89-94.

Sobell LC (1996). Bridging the Gap Between scientists and practitioners: The challenge before us. Behavior Therapy. 27 : 297-320.

¹ Tesis Medina Mora

¹ Rosovsky, H. et al. "Consumo per cápita de alcohol en México y sus correlaciones con datos de encuestas poblacionales". CONACID, 1996

¹ Secretaría de Salud. Dirección Nacional de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Sistema Nacional de Encuestas de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones, Alcohol (ENA). México 1993.

¹ Institute of Medicine (1990). Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington D.C. National Academic Press.

¹ Ayala, H.E., Echeverría, L., Sobell, M.B., Sobell, L.C. Una Alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México". Acta Comportamental. Vol. 6. Núm. 1, junio, 1998. Pp. 71-93.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE PRE-SELECCION

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

DIA / MES / AÑO

NOMBRE : _____

INSTRUCCIONES:

Marque con una "X" la respuesta del usuario, ya sea "SI" o "NO". Si el evaluador, marca alguna respuesta que se encuentra subrayada, la persona no reúne los requisitos para formar parte del programa. Si esto ocurre, se le debe ofrecer al usuario alternativas de tratamiento.

- 1. Por lo menos 18 años de edad pero no mayor de 70 años SI NO
- 2. Sabe leer y escribir SI NO
- 3. Domicilio permanente SI NO
- 4. **HISTORIA DE CONSUMO**
Después de algunas horas o días de haber dejado de beber en exceso, ha experimentado los siguientes síntomas:
 - a. Alucinaciones SI NO
(vio, oyó o sintió cosas que no existen)
 - b. Convulsiones SI NO
 - c. Delirio Tremens SI NO
(temblores severos, desorientación o alucinaciones)
- 5. ¿Acude a tratamiento por que la ley se lo exige? SI NO
- 6. Droga primaria de abuso, heroína SI NO
- 7. Droga primaria de abuso, inyectada SI NO
- 8. Actualmente acude a algún tipo de tratamiento para resolver su problema con el abuso de alcohol y/o drogas SI NO
(AA u otro grupo de auto ayuda)
- 9. ¿Está dispuesto a estar en un tratamiento que consiste en una evaluación, 4 sesiones de tratamiento y varias sesiones de seguimiento? SI NO



BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

DIA / MES/ AÑO

NOMBRE: _____

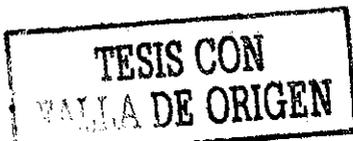
INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "X" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
1. ¿Tiene dificultad para dejar de pensar en beber?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Es mas importante beber en exceso que su próxima comida?	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3
3. ¿Organiza su día de acuerdo a cuándo y dónde puede beber?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importarle que bebida es la que toma?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Bebe en exceso aún sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>

37 pts.

AUTOR: RAISTRICK, D.

DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM



BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
8. ¿Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?	0	1	X	3
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?	0	1	2	X
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	X
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso se despierta con temblor en las manos?	0	X	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?	0	X	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso evita a la gente?	0	1	2	X
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aún cuando después se da cuenta que eran imaginarias?	0	X	2	3
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?	0	1	2	X

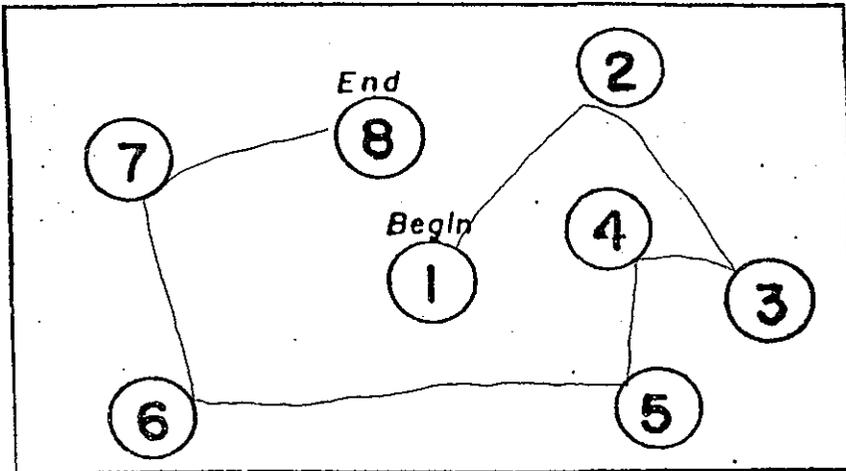
PUNTAJE 37

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PRUEBA

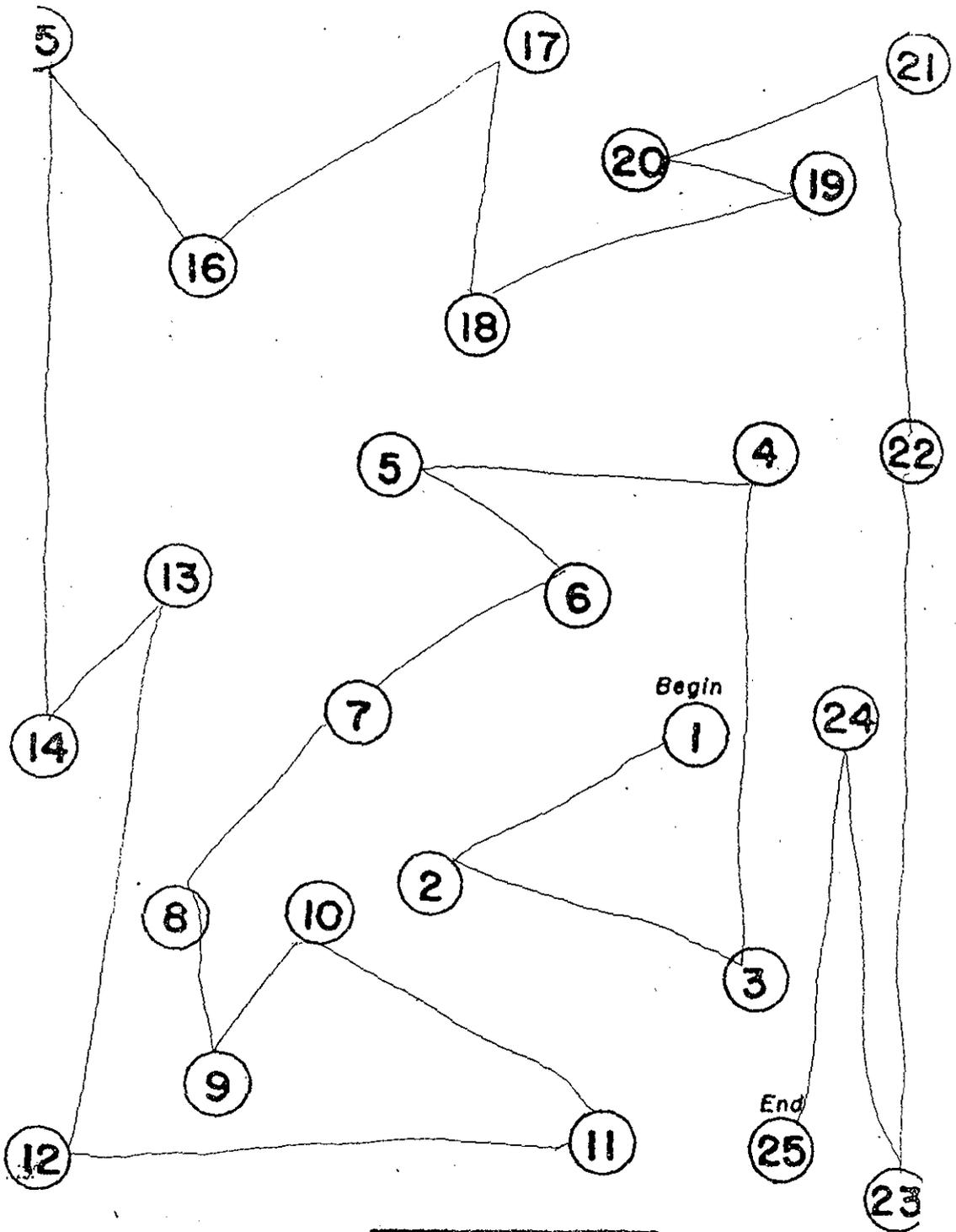
1ª PARTE

EJEMPLO



1.00

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



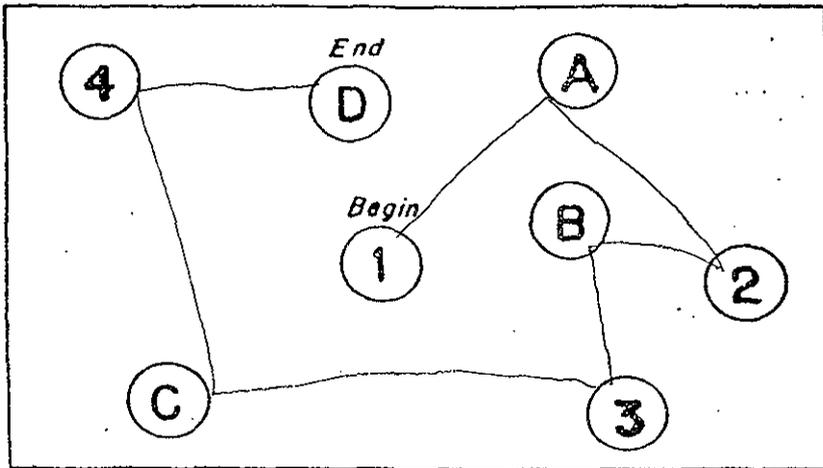
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRUEBA

2ª PARTE

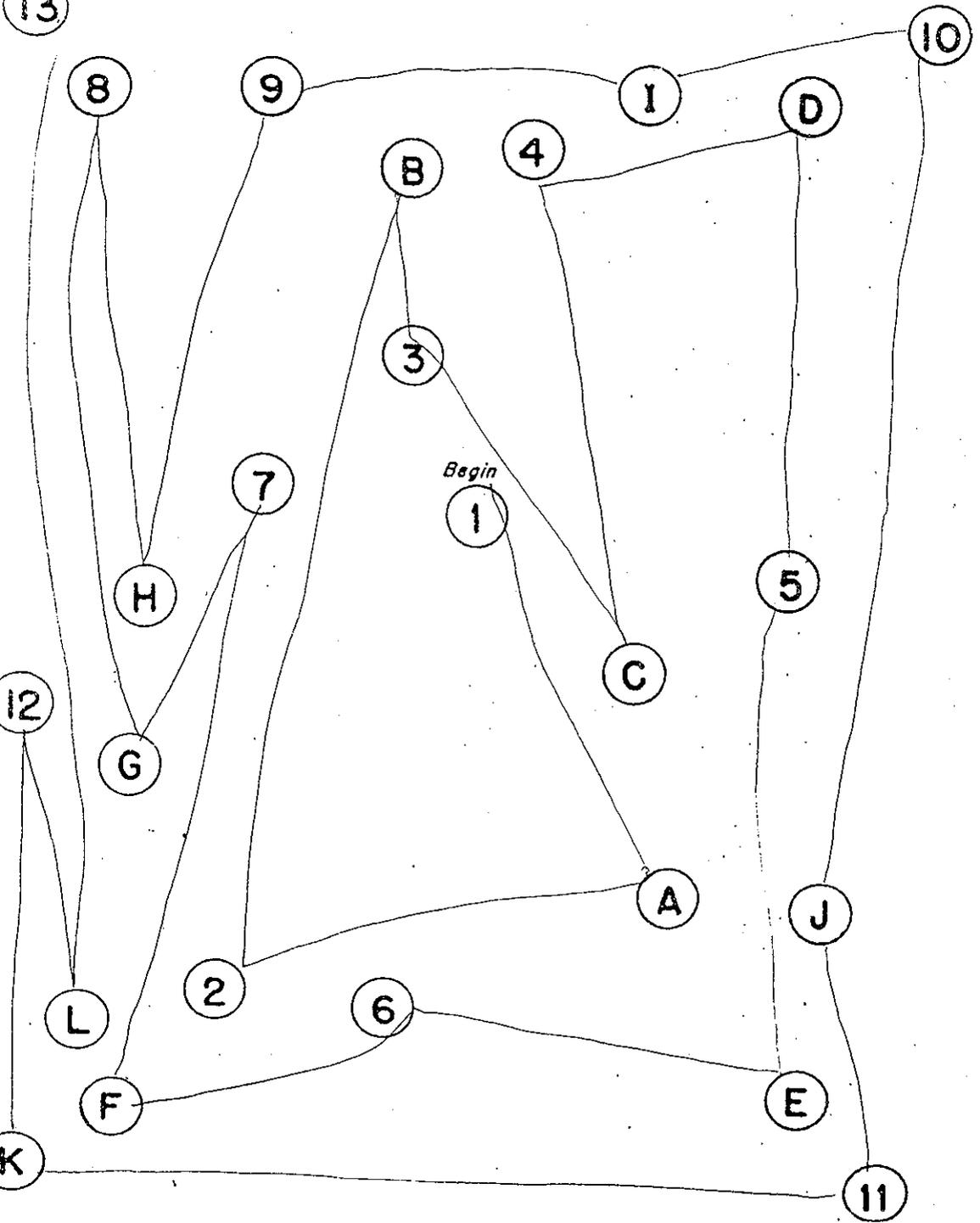
EJEMPLO



1.40.

o

13



6



Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad
04510, Del. Coyoacán, México, D.F.
Fax. (52-5) 550-2560



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

FORMA DE CONSENTIMIENTO

LIBERTAD NACIONAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

YO _____, otorgo mi consentimiento para participar como paciente en una investigación sobre el estudio y tratamiento de problemas por el consumo de alcohol; dicho tratamiento esta integrado por 4 sesiones; al final del tratamiento será requerido para llenar algunos cuestionarios; esta tarea tomará un tiempo adicional de 20 a 30 minutos.

Como parte del programa, leeré tres breves ensayos (trabajos) y haré 3 ejercicios relacionados con las lecturas asignadas. También, mantendré, registros diarios de mi consumo de alcohol y/o uso de drogas. Estas lecturas y tareas son parte de mi tratamiento.

1. Los datos que proporcione serán de carácter confidencial y estarán legalmente asegurados. Mi nombre, alguna otra información que pueda identificarme, será resguardada con los datos que yo haya proporcionado.

2. Estoy de acuerdo en que mi terapeuta se ponga en contacto conmigo después de la terminación de este tratamiento y durante un año. Entiendo que 4 entrevistas están programadas al transcurrir: 1, 3, 6 y 12 meses. Tengo entendido que estas entrevistas tendrán como propósito el seguimiento posterior, y se me preguntará acerca de mi consumo de alcohol y/o uso de drogas y las conductas relacionadas. La información que se reuna durante las entrevistas de seguimiento será similar a la recolectada en la entrevista inicial.

3. Estoy de acuerdo en proporcionar los nombres, direcciones y números telefónicos de por lo menos uno o si es posible de dos personas que puedan ser entrevistadas por mi terapeuta para que proporcionen información de mi consumo reciente de alcohol y/o uso de drogas así como de algunas conductas relacionadas. Entiendo que esta información se le pedirá sólo a una persona, doy el nombre de dos en caso de que una de ellas no pueda ser contactada o se rehuse a participar. A ambas personas se les enviará una carta la cual yo leeré, y firmaré, informándoles acerca de mi autorización para que sean entrevistadas. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

NOMBRE (INFORMANTE 1):

apellidos nombre

DIRECCIÓN:

calle número

colonia ciudad C.P.

TELEFONOS:

casa oficina

RELACION O PARENTESCO:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SALUD FÍSICA

9. ¿Por qué está usted buscando tratamiento?

Porque no desea tener una dependencia mayor, se ha dado cuenta que ha perdido mucho por consumir alcohol.

10. Principal problema por el que está buscando ayuda:

- (1) Alcohol (7) Otras (drogas) _____
(2) Tabaco _____
(3) Marihuana/Cannabis _____
(4) Cocaína (8) Tengo problemas con varias drogas _____
(5) Heroína _____
(6) Pastillas (Nombres): _____

11. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de consumo de alcohol o drogas?

- (1) No, nunca (2) Si

Tipo de tratamiento / ayuda	Alcohol	Drogas
(3) Centro de desintoxicación	_____	_____
(4) Tratamiento de consulta externa	_____	_____
(5) Tratamiento de consulta interna	_____	_____
(6) Tratamiento médico	_____	_____
(7) Tratamiento psiquiátrico	_____	_____
(8) Grupos de auto ayuda	<u>AA</u>	_____

12. ¿Estas siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?

- (1) No (2) Si

Cuál? _____

13. ¿Está tomando algún medicamento por prescripción medica o se está automedicando?

- (1) No (2) Si

Cual? (Cada cuánto, para qué): _____

14. ¿Cuánto pesa? 75 kg.

15. ¿Qué actividades realiza en tu tiempo libre?

- (1) No, ninguna (2) Leer

- (3) Hacer deporte
- (5) Ir a los museos
- (7) Ir a fiestas

- (4) Ir al cine o teatro
- (6) Ir a discotecas o bares
- (8) Otro

16. ¿Estas actividades están relacionadas con el abuso de alcohol o consumo de drogas?

- (1) No
- (2) Sí

17. ¿Cuando está con amigos o familiares estos lo presionan a beber en exceso o a usar drogas?

- (1) No
- (2) Sí, sólo los amigos
- (3) Sí, Sólo la familia
- (4) Sí, tanto amigos como familia

18. Entre sus amigos o familiares, ¿Quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o drogas? familia

19. ¿Que tan satisfecho estás con tu forma (estilo) de vida" en este momento?

- (1) Muy satisfecho
- (2) Satisfecho
- (3) Inseguro
- (4) Insatisfecho
- (5) Muy insatisfecho

SITUACIÓN LABORAL

20. Situación laboral (Marque sólo una opción).

- (1) Tiempo completo
- (2) Medio tiempo
- (3) Trabaja por su cuenta
- (4) Trabajo ocasional
- (5) Sin empleo
- (6) Incapacitado
- (7) Estudiante
- (8) Jubilado
- (9) Labores del hogar

21. Ocupación actual u ocupación desempeñada con más frecuencia:

administración (captura de archivos)

22. Número de años trabajando en ocupación actual:

5

23. En los últimos 12 meses, ¿Cuántas semanas estuvo desempleado?

23. En los últimos 12 meses, ¿Cuántos días no trabajó, como resultado de consumir bebidas alcohólicas? (0 a 360) 3
24. En los últimos 12 meses, ¿Cuántos días no trabajó, como resultado del consumo de drogas? (0 a 360) _____
25. En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces perdió el empleo, como resultado del consumo de alcohol? (0 a 360) 2
26. En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces perdió el empleo, como resultado del consumo de drogas? (0 a 360) _____
27. Ingreso personal aproximado mensualmente: 1,500
28. En promedio ¿que porcentaje de su salario lo utiliza en alcohol? 1,000
29. En promedio, ¿cuánto dinero gasta al mes en comprar drogas? _____
- 30.

HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

31. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol? 1
32. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido arrestado (detenido) por el abuso en el consumo de alcohol? 15
33. ¿Por cuántos años ha consumido alcohol? 12
34. ¿Por cuántos años ha sido un bebedor excesivo? 10
35. ¿Por cuántos años ha tenido problemas con su forma de beber? 10

36. En la siguiente escala, marque la alternativa que mejor describa su CONSUMO DE ALCOHOL durante el año pasado (marque sólo una opción):

- (1) Sin problema
- (2) Un pequeño problema, (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)
- (3) Un problema menor, (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)
- (4) Un problema mayor, (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria)
- (5) Un gran problema, (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

37. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema, ¿Cuántas veces ha intentado seriamente dejar o reducir su consumo? 15

38. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema, ¿Cual es el mayor número de meses consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de alcohol? (mayor período de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0"). 20 meses

¿Cuándo ocurrió?

Nov / 97
mes año

¿Porque se abstuvo en esa ocasión?

porque estaba en Alcoholicas Anónimas

39. En caso de consumo de alcohol ¿en qué porcentaje (0 a 100%) consume las siguientes bebidas?

(1) 0 - 100% 40 cerveza

(2) 0 - 100% _____ vino

(3) 0 - 100% _____ pulque

(4) 0 - 100% 60 destilados¹

(5) 0 - 100% _____ coolers

40. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de drogas? _____

41. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido arrestado (detenido) por el consumo de drogas? _____

42. ¿Por cuántos años ha consumido drogas? _____

43. ¿Por cuántos años ha tenido problemas con su consumo de drogas? _____

44. En la siguiente escala, marque la alternativa que mejor describa su CONSUMO DE DROGAS durante el año pasado (marque sólo una opción):

(1) Sin problema

(2) Un pequeño problema, (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)

(3) Un problema menor, (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)

(4) Un problema mayor, (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria)

¹ DESTILADOS = ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, brandy, tequila, mezcal, etc.

(5) Un gran problema, (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

45. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se ha convertido en un problema, ¿Cuántas veces ha intentado seriamente dejar de consumir? _____

46. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se ha convertido en un problema, ¿Cual es el mayor número de meses consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de drogas? (mayor período de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0"). _____

¿Cuándo ocurrió? _____ / _____
mes año

¿Porque se abstuvo en esa ocasión?

CONSUMO DE TABACO

47. ¿Fumas? ((Para ex-fumadores estas preguntas deben contestarse en pasado)

- (1) Nunca he fumado
- (2) Actualmente fumo
- (3) Ex-fumador (< de 1 año)
- (4) Ex-fumador (> de 1 año), No. de años: _____

48. ¿Por cuanto tiempo has sido un fumador regular? _____

49. Promedio de cigarros fumados diariamente _____

50. Número de minutos que pasan (1 hr.)= 60 minutos) desde que despiertas en las mañanas hasta que enciendes tu primer cigarrillo: _____

(para ex-fumadores este dato debe ser antes de dejar de fumar)

D. SUSTANCIAS CONSUMIDAS: (Si el cuadro "consumo" se contesta con NO, el resto de la fila debe permanecer en blanco)

SUSTANCIAS	CONSUMO NO = 1 SI = 2	FORMA DE CONSUMO 1 - ORAL 2 - INYECTADA 3 - FUMADA 4 - INHALADA 5 - OTRAS	ULTIMO AÑO DE CONSUMO	FRECUENCIA DE CONSUMO* (DURANTE LOS ULTIMOS 90 DIAS)	CANTIDAD CONSUMIDA CON MAS FRECUENCIA (DURANTE LOS ULTIMOS 90 DIAS)
ALCOHOL	2	1	1999	4	1 1/2 lt
MARIJUANA					
COCAINA					
METANFETA-MINAS					
DEPRESIVOS					
NARCOTICOS. (HEROINA. METADONA. OPIO. MORFINA, DEMEROL)					
INHALABLES (CEMENTO, SOLVENTE S. AEROSOL)					
ALUCINOGE-NOS (LSD, POLVO DE ANGEL, Mescalina, PSILOCIBINA)					
DROGAS ANTI-ALCOHOL (ANTABUSE, TEMPOSIL)					

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

• CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO:

- (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
- (2) 1 VEZ AL MES
- (3) 1 VEZ A LA SEMANA
- (4) 2 A 3 VECES A LA SEMANA
- (5) DIARIAMENTE

CONSECUENCIAS: LLENAR EL SIGUIENTE CUADRO DEPENDIENDO DE LAS CONSECUENCIAS EXPERIMENTADAS DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES (SEGUN LA DROGA CONSUMIDA)

	A L C O H O L	MA RI GUA NA	C O C A I N A	ME TAN FE TA MI NAS	DE PRE SI VOS	NAR CO TI COS	IN HA LA BLES	O T R A S
51. DAÑO FISICO 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por enfermedad o accidente	2							
52. DAÑO COGNITIVO (incluyendo lagunas mentales, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0 = Ninguno 1 = 5 o menos ocasiones. 2 = Más de 5 ocasiones	2							
53. DAÑO AFECTIVO (incluyendo cambios de humor, cambios de personalidad) 0 = NINGUNO 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)	2							
54. DAÑO INTERPERSONAL 0 = NINGUNO 1 = Menor (solamente discusiones o relaciones tirantes con otros) 2 = Mayor (Pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)	2							
55. AGRESION 0 = NINGUNO 1 = Agresión verbal 2 = Violencia física	2							

56. PROBLEMAS LABORALES 0 = NINGUNO 1 = Trabajo afectado (pérdida de tiempo durante la jornada, capacidad reducida o quejas de superior) 2 = Amenaza de pérdida de trabajo o pérdida del mismo.	2							
57. PROBLEMAS LEGALES 0 = NINGUNO 1 = Solamente acusación (trámite pendiente o sin cargos) 2 = Convicto o multas	1							
58. PROBLEMAS FINANCIEROS 0 = NINGUNO 1 = Menor (gastos en exceso) 2 = Mayor (reducción de ingresos por mantener en consumo)	2							

EVALUACION DEL ENTREVISTADOR: Favor de anotar un breve comentario de cualquier aspecto de la entrevista con el usuario que no este reflejado en este cuestionario, (por ejemplo, aspecto, sentimientos, proceso de pensamiento, problemas que puedan interferir con el tratamiento):

RECOMENDACIONES PARA INICIAR EL TRATAMIENTO:

"INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL" ISCA¹

FECHA DE LA ENTREVISTA _____
DÍA / MES / AÑO

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:

1. si usted **"NUNCA"** bebió en exceso en esa situación
2. si usted **"OCASIONALMENTE"** bebió en exceso en esa situación
3. si usted **"FRECUENTEMENTE"** bebió en exceso en esa situación
4. si usted **"CASI SIEMPRE"** bebió en exceso en esa situación.

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando tuve una discusión con un amigo (a).	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
2. Cuando estaba deprimido.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 ó 2 copas.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Cuando alguien me criticaba.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
11. Cuando no podía dormir.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4

¹ Annis, H.M. Ph.D.
Derechos Reservados: Facultad de Psicología, UNAM.
Addiction Research Foundation, Canadá.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
14. Cuando me sentía muy contento.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Cuando me entristecía al recordar algo que había sucedido.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
18. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
19. Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber una copa.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
23. Cuando sentía que no tenía a quien acudir.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
26. Cuando estaba aburrido.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
28. Cuando la gente era injusta conmigo.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
31. Cuando me sentía seguro y relajado.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
35. Cuando me sentía solo.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
37. Cuando me estaba sintiendo el "dueño" del mundo.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
38. Cuando pasaba por donde venden bebidas.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía.	1	2	3	4
40. Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta.	1	2	3	4
41. Cuando estaba cansado.	1	2	3	4
42. Cuando tenía un dolor físico.	1	2	3	4
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber sólo unas cuantas copas.	1	2	3	4
44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo.	1	2	3	4
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara.	1	2	3	4
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más.	1	2	3	4
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita.	1	2	3	4
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota".	1	2	3	4
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla.	1	2	3	4
50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas	1	2	3	4
51. Si me sentía mareado o con náuseas.	1	2	3	4
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperan de mí.	1	2	3	4
53. Cuando me sentía muy presionado.	1	2	3	4
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa.	1	2	3	4
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien.	1	2	3	4
56. Cuando otras personas interferían con mis planes.	1	2	3	4
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida.	1	2	3	4
58. Cuando todo estaba saliendo bien.	1	2	3	4
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba.	1	2	3	4
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo.	1	2	3	4
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor.	1	2	3	4
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo.	1	2	3	4
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba.	1	2	3	4

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECIENTE MENTE	CASI SIEMPRE
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	1	2	3	X
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho.	1	X	3	4
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona.	1	X	3	4
67. Cuando pasaba frente a un bar.	1	X	3	4
68. Cuando me sentía vacío interiormente.	1	2	3	X
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas.	1	X	3	4
70. Cuando me sentía muy cansado.	1	X	3	4
71. Cuando todo me estaba saliendo mal.	1	2	3	X
72. Cuando quería celebrar con un amigo (a).	1	2	X	4
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa.	1	X	3	4
74. Cuando me sentía culpable de algo.	1	2	X	4
75. Cuando me sentía nervioso y tenso.	1	2	X	4
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas.	1	2	3	X
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia.	1	2	X	4
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo.	1	X	3	4
79. Cuando me sentía contento con mi vida.	1	X	3	4
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida.	1	X	3	4
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño.	1	X	3	4
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión.	1	2	3	X
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de hacer.	1	2	X	4
84. Cuando me reunía con un amigo(a) y sugería tomar una copa juntos.	1	2	X	4
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la Navidad o un cumpleaños.	1	X	3	4
86. Cuando tenía dolor de cabeza.	1	X	3	4
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo.	1	X	3	4
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor.	1	2	3	X
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa.	1	2	3	X

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
90. Cuando pensaba en las oportunidades que había desperdiciado en la vida.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
92. Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
94. Cuando tenía problemas en el trabajo.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
95. Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y quería tener mayor intimidad.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
97. Cuando sentía el estómago "hecho nudo".	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>

GRACIAS POR SU COLABORACION.

NOMBRE DEL USUARIO: _____

NOMBRE DEL APLICADOR: _____

CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL

CCS¹

A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o con su consumo de drogas.

Imagínese que en este momento se encuentra en cada una de estas situaciones e indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una "X" a lo largo de la línea 0% si está "INSEGURO" ante esa situación o 100% si está "TOTALMENTE SEGURO" de poder resistir beber en exceso, como en el ejemplo.

Me siento ...

0 % _____ X _____ 100%
Inseguro Seguro

En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en exceso o consumir drogas en aquellas situaciones que involucran ...

1. EMOCIONES DESAGRADABLES (por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas me estuvieran saliendo mal).

Me siento ...

0 % _____ X _____ 100%
Inseguro 10 Seguro

2. MALESTAR FÍSICO (por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso).

Me siento ...

0 % _____ X _____ 100%
Inseguro 50 Seguro

3. EMOCIONES AGRADABLES (por ejemplo: si me sintiera muy contento; si quisiera celebrar; si todo fuera por buen camino).

Me siento ...

0 % _____ X _____ 100%
Inseguro 30 Seguro

¹ Annis, H.M. Ph.D.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

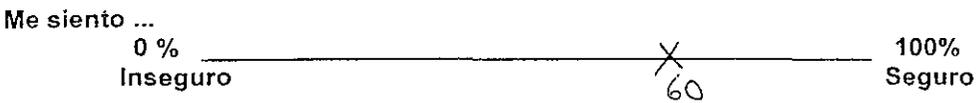
4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL ALCOHOL O LAS DROGAS (por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con las drogas; si me sintiera seguro de poder beber sólo unas copas o que pudiera dejar de consumir drogas).



5. NECESIDAD FÍSICA (por ejemplo: si tuviera urgencia de beber una copa o usar drogas; si pensara que fresca y sabrosa puede ser la bebida).



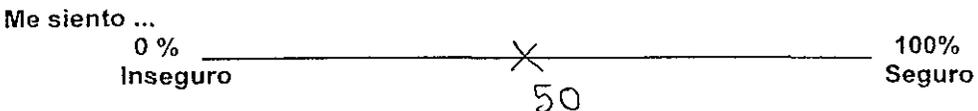
6. CONFLICTO CON OTROS (por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo).



7. PRESION SOCIAL (por ejemplo: si alguien me presionara a beber o utilizar drogas con ellos; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa o drogas).



8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS (por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo; si me estuviera divirtiendo con un amigo (a) y quisiera sentirme mejor).



GRACIAS POR SU COLABORACION.

NOMBRE DEL USUARIO: _____

NOMBRE DEL APLICADOR: _____

CALENDARIO DE LINEA BASE RETROSPECTIVA DE CONSUMO DE ALCOHOL

1998

E N E R O	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
					1	2	3
	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	

F E B R E R O	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	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	

M A R Z O	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	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					

A B R I L	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
				1	2	3	4
	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			

M A Y O	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
						1	2
	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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

J U N I O	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18 17	19 17	20 17	21 17
	22 27	23 27	24 27	25 27	26 27	27 27	28 27
	29 17	30 17					

J U L I O	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1	2	3	4	5
	6 12	7	8 12	9 12	10 12	11	12 12
	13	14	15 12	16	17	18	19
	20 12	21	22	23	24	25	26
	27	28	29	30	31		

A G O S T O	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
						1	2
	3	4 27	5	6	7	8 27	9
	10 27	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30
31							

S E P	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
		1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15 17	16 17	17	18 40	19 36	20 40
	21 40	22 40	23 36	24	25	26	27
	28	29	30				

O C T U R E	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	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	

**TEES CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NOVIEMBRE	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	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							

DICIEMBRE	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	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			

1999

ENERO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
					1	2	3 17
	4 17	5 6	6 12	7 17	8	9 17	10 17
	11	12 50	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22 50	23 30	24 3
	25	26	27	28	29	30	31

FEBRERO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	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

MARZO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	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					

T.L

MO MENSUAL :

Enero 644
Febrero 0
Marzo 0
Abril 0
Mayo 0
Junio 291
Julio 24
Agosto 196
Septiembre 255
Octubre 0
Noviembre 0
Diciembre 0

CONSUMO DIARIO:

Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab
247	207	190	185	205	179	197

TAL 410

DE DIAS REGISTRADOS: 360

D #. : 22 EDAD: 29 SEXO: M

(KGS) : 75 KGS

FECHA DE HOY (DD-MM-AA): 20-2-1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SESION

FECHA

Núm. de expediente: _____

BALANCE DECISIONAL

	CAMBIAR MI CONSUMO	CONTINUAR CONSUMIENDO
BENEFICIOS DE:	<ul style="list-style-type: none">- Armonizar mi vida familiar- Respeto por mi mismo y mi familia- Tranquilidad de mi familia- Control de mi vida- Conservar mi salud- No malgastar dinero	<ul style="list-style-type: none">- Ser más sociable- Perder el miedo a bs demás y a la vida
COSTOS DE:	<ul style="list-style-type: none">- No poder relajarme- Síndrome de abstinencia	<ul style="list-style-type: none">- Desaprobación de mi familia- Degradación- Problemas económicos- Problemas emocionales- Mi vida misma- Mi salud física y mental

TESTIGO
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SESION

FECHA

Núm. de expediente: _____

TAREA 1

**Para realizar esta tarea es necesario que antes lea la lectura 1: "BALANCE DECISIONAL".
COMPLETE LAS FORMAS ANEXAS Y TRÁIGALAS EN LA SIGUIENTE
SESION.**

RAZONES PARA CAMBIAR.

RAZONES PARA CAMBIAR.

Las razones más importantes por las que quiero cambiar mi forma de consumo de alcohol son:

1.- Porque quiero recuperar el respeto por
mi misma y de mi familia.
Recuperar su confianza

2.- Ser útil a mi familia

3.- Olvidar tantos años de sufrimiento
y error

SESION _____

FECHA _____

Núm. de expediente: _____

ESTABLECIMIENTO DE METAS

En esta forma usted tiene que describir la meta de su consumo de alcohol para las siguientes 3 semanas. Intente no tomar, o tomar solo de cierta manera o bajo ciertas condiciones.

¿Cuál es su meta ahora? Si en su meta está considerado consumir alcohol, describa la cantidad de alcohol y las circunstancias en las que lo hará.

Me propongo esta meta para mi consumo de alcohol:

Para las siguientes 3 semanas, mi meta es (marcar solo uno):

A.- No consumir nada (codificar 1)

Si marco esta meta, pase a la siguiente página.

B.- Sólo tomaré de cierta manera (codificar 2)

Si marcó esta meta, conteste las siguientes preguntas.

1.- En el curso de una semana promedio (7 días) yo planeo tomar no más de _____ días.

2.- Yo planeo tomar no más de _____ copas estándar durante el curso de cualquier día. Este será mi límite.

3.- Si planea tomar menos de 1 vez a la semana, anótelo aquí _____, (codificar 3)

4.- Yo planeo tomar bajo las siguientes condiciones:

5.- Yo no tomaré bajo las siguientes condiciones:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La gente generalmente quisiera cambiar muchas cosas en su vida. Cambiar la conducta de beber puede ser una de estas cosas. Usted ya ha descrito su meta de consumo para los siguientes 6 meses. De acuerdo a esa meta, conteste las siguientes dos preguntas:

1.- En este momento, ¿qué tan importante es para usted lograr la meta establecida?
Conteste esta pregunta, escribiendo un número del 0 al 100 en el espacio de abajo, usando la siguiente escala como guía:

0-----	25-----	50-----	75-----	100
Nada importante	Menos importante que la mayoría de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar	Tan importante como la mayoría ...	Más importante que la mayoría...	La más importante.

Escriba el puntaje de importancia de su meta aquí ---- 100 ---- %

2.- En este momento, ¿qué tan confiado se siente en lograr la meta establecida?
Conteste a esta pregunta escribiendo un número del 0 al 100 en el espacio de abajo, usando la siguiente escala como guía:

0-----	25-----	50-----	75-----	100
Creo que no lograré mi meta.	Tengo el 25% de confianza en lograr mi meta	Tengo el 50%	Tengo el 75%	Estoy totalmente seguro de lograr mi meta.

Escriba su puntaje de confianza (de 0% a 100%) aquí: ---- 80 ---- %

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SESION _____

FECHA _____

Núm. de expediente: _____

SITUACIONES DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.

SITUACION NO. 1 DE CONSUMO EXCESIVO

1.- Describa brevemente una de sus tres situaciones mas graves de consumo excesivo de alcohol.

Después de una larga depresión

(Continúe al reverso de la hoja si necesita más espacio).

2.- Describa, tan específicamente como sea posible, los tipos de factores precipitadores que estén generalmente asociados con esta situación de consumo excesivo.

Cuando tengo estas rachas de depresión, considero que los precipitadores son la falta de trabajo permanente, el recordar anteriores oportunidades de superación desaprovechadas y también discusiones familiares derivadas de la falta de aprovechamiento.

(Continúe al reverso de la hoja si necesita más espacio).

3.- Describa tan específicamente como sea posible, los tipos de consecuencia generalmente asociadas con esta situación de consumo excesivo. Recuerde considerar tanto consecuencias inmediatas como a largo plazo así como consecuencias positivas y negativas.

las consecuencias inmediatas son: un estado temporal de rebajación y de libertad, y las negativas son de remordimiento, arrepentimiento y de una actitud rebelde.

(Continúe al reverso de la hoja si necesita más espacio).

4.- ¿Qué tan frecuentemente ocurrió esta situación durante el año pasado? De todos sus episodios de consumo excesivo durante el año pasado, ¿qué porcentaje de estos sucedió en este tipo de situación? (Por ejemplo: si uno de cada tres veces bebió excesivamente bajo esta situación, usted debe anotar 33%).

Escriba su respuesta aquí 30 %

TESIS CON
ALLA DE ORIGEN

SESION _____

FECHA _____

Núm. de expediente: _____

SITUACIONES DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.

SITUACION NO. 2 DE CONSUMO EXCESIVO

1.- Describa brevemente una de sus tres situaciones mas graves de consumo excesivo de alcohol.

En un arranque de ira

(Continúe al reverso de la hoja si necesita más espacio).

2.- Describa, tan específicamente como sea posible, los tipos de factores precipitadores que estén generalmente asociados con esta situación de consumo excesivo.

Cuando al pasar por largos periodos de inestabilidad emocional, creo llegar al tope, entonces al ver que esta situación no mejora o cambia, soy presa fácil del coraje o rebeldía

(Continúe al reverso de la hoja si necesita más espacio).

3.- Describa tan específicamente como sea posible, los tipos de consecuencia generalmente asociadas con esta situación de consumo excesivo. Recuerde considerar tanto consecuencias inmediatas como a largo plazo así como consecuencias positivas y negativas.

Las consecuencias prácticamente son las mismas en todas las situaciones en todos los casos que consumía alcohol: era fugarme de estas dolorosas realidades. algunas podían ser reales y otras veces imaginarias.

(Continúe al reverso de la hoja si necesita más espacio).

4.- ¿Qué tan frecuentemente ocurrió esta situación durante el año pasado? De todos sus episodios de consumo excesivo durante el año pasado, ¿qué porcentaje de estos sucedió en este tipo de situación? (Por ejemplo: si uno de cada tres veces bebió excesivamente bajo esta situación, usted debe anotar 33%).

Escriba su respuesta aquí 10 %

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SESION _____

FECHA _____

Núm. de expediente: _____

SITUACIONES DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.

SITUACION NO. 3 DE CONSUMO EXCESIVO

1.- Describa brevemente una de sus tres situaciones mas graves de consumo excesivo de alcohol.

Al acumular resentimientos

(Continúe al reverso de la hoja si necesita más espacio).

2.- Describa, tan específicamente como sea posible, los tipos de factores precipitadores que estén generalmente asociados con esta situación de consumo excesivo.

Algunos factores que provocaban más el acumular resentimientos eran cuando exigía más de algunas personas, y estas se rebelaban, y también al exigirme a mí mismo, o al no aceptarme emocional y físicamente.

(Continúe al reverso de la hoja si necesita más espacio).

3.- Describa tan específicamente como sea posible, los tipos de consecuencia generalmente asociadas con esta situación de consumo excesivo. Recuerde considerar tanto consecuencias inmediatas como a largo plazo así como consecuencias positivas y negativas.

Siempre las beneficias inmediatas eran evadir la realidad y no enfrentarme un estado de tranquilidad muy fugaz las consecuencias a largo plazo eran la disintegración en mi familia y con mis personas mas cercanas (amigos, compañeros, etc.) y una falta de respeto a mí mismo

(Continúe al reverso de la hoja si necesita más espacio).

4.- ¿Qué tan frecuentemente ocurrió esta situación durante el año pasado? De todos sus episodios de consumo excesivo durante el año pasado, ¿qué porcentaje de estos sucedió en este tipo de situación? (Por ejemplo: si uno de cada tres veces bebió excesivamente bajo esta situación, usted debe anotar 33%).

Escriba su respuesta aquí 30 %

SESION

Núm. de expediente: _____

FECHA

OPCIONES

Situación Problema No. 1

Breve descripción: Estar deprimido

A) **OPCIONES Y POSIBLES CONSECUENCIAS** : Describa al menos dos (preferiblemente más) opciones y sus posibles consecuencias para esta situación problema.

OPCION#1 hacer ejercicio físico

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #1:

gastar energías que haga olvidar me del momento. Despejar mi mente y no pensar en la depresión

OPCION#2 leer un libro

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #2:

Intentar concentrarme en la lectura con resultados no muy positivos

OPCION#3 Dormir

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #3:

Prolongar por más tiempo el estado de depre: soñar que estoy borracho y deprimirme más

OPCION#4 Platicar con amigos

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #4:

Distraerme un rato con una amapa charla

(-) que me puedan invitar a beber

(USE LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA HOJA SI LE HACE FALTA MÁS ESPACIO O PARA AÑADIR MAS OPCIONES).

B) **SELECCIONANDO OPCIONES:** Tomando en cuenta todas las opciones que usted describió arriba para esta situación problema:

1) ¿Qué opción seleccionarías como la mejor?

Opción # 1

2) ¿Qué opción seleccionarías como su segunda mejor elección?

Opción # 4

CONTINUE CON LA FORMA DE PLAN DE ACCION.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SESION

Núm. de expediente: _____

FECHA

PLAN DE ACCION

Situación Problema # 1

Usted ya seleccionó sus dos mejores opciones para esta situación problema. Para cada opción, describa un plan de acción que le ayudaría a lograr esta opción.

A) MEJOR OPCION: Opción # 1

Breve descripción: hacer ejercicio físico

PLAN DE ACCION:

- 1.- Adecuarme un tiempo para hacer de lleno ejercicio. Buscar un lugar idóneo para estar en contacto con la naturaleza
- 2.- Procurar practicar la caminata con abdominales. Llevar mis walkman y poner cassettes de motivación
- 3.- Repasar mentalmente que al término de la sesión me refrescaré con agua o jugo. No alcohol

B) SEGUNDA MEJOR OPCION: Opción # 2

Breve descripción: Platicar con amigos

PLAN DE ACCION:

- Buscar la compañía de alguien que pueda poner atención y le dé seriedad a mi problema.
No exponerlo muy a la ligera con quien no está dispuesto a contribuir con ayuda constructiva.
Saber escuchar las inquietudes de otros.

(SI NECESITA MAS ESPACIO, CONTINUE EN LA PARTE DE ATRAS DE ESTA HOJA).

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

SESION
Núm. de expediente: _____

FECHA

OPCIONES

Situación Problema No. 2

Breve descripción: Cuando estoy muy irritable

A) **OPCIONES Y POSIBLES CONSECUENCIAS**: Describa al menos dos (preferiblemente más) opciones y sus posibles consecuencias para esta situación problema.

OPCION#1 Dialogar con la persona que estoy enojada

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #1:

Puedo perder mas el control si le charla sube de tono. Podria volver a beber. (4) podria ser un dialogo constructivo

OPCION#2 Asistir a una junta de auto ayuda

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #2:

hacer uso de la palabra y manifestar mi malestar. Puedo recibir un consejo de una experiencia que me comparta un compañero

OPCION#3. Hacer ejercicio fisico

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #3:

liberar energias y relajarme. conservar mi estado fisico

OPCION#4 _____

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #4:

(USE LA PARTE DE ATRAS DE ESTA HOJA SI LE HACE FALTA MAS ESPACIO O PARA ANADIR MAS OPCIONES).

B) **SELECCIONANDO OPCIONES**: Tomando en cuenta todas las opciones que usted describió arriba para esta situación problema:

1) ¿Qué opción seleccionaría como la mejor?

Opción # 2

2) ¿Qué opción seleccionaría como su segunda mejor elección?

Opción # 3

CONTINUE CON LA FORMA DE PLAN DE ACCION.

SESION

FECHA

Núm. de expediente: _____

PLAN DE ACCION

Situación Problema # 2

Usted ya seleccionó sus dos mejores opciones para esta situación problema. Para cada opción, describa un plan de acción que le ayudaría a lograr esta opción.

A) MEJOR OPCION: Opción # 2

Breve descripción: Asistir a una junta de auto ayuda

PLAN DE ACCION:

- 1- Ser parte activa del grupo y expresar lo que verdaderamente me inquieta sin tomar poses o exhibirme
- 2- Tomar al grupo y a los miembros con mucha seriedad y respeto.
- 3- Intentar poner en práctica las sugerencias que se me hacen con humildad y obediencia.
- 3- Integrarme a los servicios que tienen los grupos y organizarlo con mis actividades rutinarias. Intentar ser uno más dentro de la agrupación
- 4- Asistir a las juntas aun cuando crea que me siento bien o que hoy estoy cansado, o cualquier otro pretexto.

B) SEGUNDA MEJOR OPCION: Opción # 3

Breve descripción: hacer ejercicio físico

PLAN DE ACCION:

- 1- No consumir
- 2- relajarme y distraerme

(SI NECESITA MAS ESPACIO, CONTINUE EN LA PARTE DE ATRAS DE ESTA HOJA).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SESION

FECHA

Núm. de expediente: _____

OPCIONES

Situación Problema No. 3

Breve descripción: Mala racha económica

A) **OPCIONES Y POSIBLES CONSECUENCIAS**: Describa al menos dos (preferiblemente más) opciones y sus posibles consecuencias para esta situación problema.

OPCION#1 Replantear lo que es económica y lo anímico

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #1:

(-) Tener un continuo estado de tensión y preocupación. Tomar 3 cosas para relajarme, emborracharme. Problemas familiares, de salud. mberte

OPCION#2 hablar por teléfono o tener cita con mi psicóloga

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #2:

Ubicarme en un justo medio. tener en cuenta alternativas positivas. sentirme bien

OPCION#3 visitar o telefonar a un "padrino"

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #3:

Recibir un consejo a tiempo y desinteresado (-) Que también este en mi situación y que los 2 nos pongamos mal. Poner mi problema.

OPCION#4 Pedir un préstamo

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #4:

Que me nieguen mi petición y me resienta; volver a beber. Que me hagan un préstamo y después

(USE LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA HOJA SI LE HACE FALTA MÁS ESPACIO O PARA AÑADIR MAS OPCIONES).

B) **SELECCIONANDO OPCIONES**: Tomando en cuenta todas las opciones que usted describió arriba para esta situación problema:

1) ¿Qué opción seleccionaría como la mejor?

Opción # 3

2) ¿Qué opción seleccionaría como su segunda mejor elección?

Opción # 2

CONTINUE CON LA FORMA DE PLAN DE ACCION.

**TESIS CON
LLA DE ORIGEN**

SESION
Núm. de expediente: _____

FECHA _____

PLAN DE ACCION

Situación Problema # 3

Usted ya seleccionó sus dos mejores opciones para esta situación problema. Para cada opción, describa un plan de acción que le ayudaría a lograr esta opción..

A) MEJOR OPCION: Opción # 3

Breve descripción: visitar a un "padrino"

PLAN DE ACCION:

tener apoyo para los momentos difíciles

B) SEGUNDA MEJOR OPCION: Opción # 2

Breve descripción: hablar por teléfono o tener cita con mi psicólogo

PLAN DE ACCION:

1. Contarle por teléfono en los momentos de duda o confusión acerca de ciertas situaciones
 2. Tener a la mano y repasar las actividades, lecturas y alternativas que vimos en las sesiones
 3. Recordar siempre que el compromiso es conmigo mismo, yo decido hasta donde llevo.
- _____

(SI NECESITA MAS ESPACIO, CONTINUE EN LA PARTE DE ATRAS DE ESTA HOJA).

**TESIS CON
LA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SESION _____

FECHA _____

Núm. de expediente: _____

ESTABLECIMIENTO DE METAS

En esta forma usted tiene que describir la meta de su consumo de alcohol para las siguientes 3 semanas. **Intente no tomar, o tomar solo de cierta manera o bajo ciertas condiciones.**

¿Cuál es su meta ahora? Si en su meta está considerado consumir alcohol, describa la cantidad de alcohol y las circunstancias en las que lo hará.

Me propongo esta meta para mi consumo de alcohol:

Para las siguientes 3 semanas, mi meta es (marcar solo uno):

A.- _____ No consumir nada (codificar 1)

Si marco esta meta, pase a la siguiente página.

B.- _____ Sólo tomaré de cierta manera (codificar 2)

Si marcó esta meta, conteste las siguientes preguntas.

1.- En el curso de una semana promedio (7 días) yo planeo tomar no más de _____ días.

2.- Yo planeo tomar no más de _____ copas estándar durante el curso de cualquier día. Este será mi límite.

3.- Si planea tomar menos de 1 vez a la semana, anótele aquí _____, (codificar 3)

4.- Yo planeo tomar bajo las siguientes condiciones:

5.- Yo no tomaré bajo las siguientes condiciones:

La gente generalmente quisiera cambiar muchas cosas en su vida. Cambiar la conducta de beber puede ser una de estas cosas. Usted ya ha descrito su meta de consumo para los siguientes 6 meses. De acuerdo a esa meta, conteste las siguientes dos preguntas:

1.- En este momento, ¿qué tan importante es para usted lograr la meta establecida?
Conteste esta pregunta, escribiendo un numero del 0 al 100 en el espacio de abajo, usando la siguiente escala como guía:

0-----25-----50-----75-----100
Nada Menos importante Tan importante como Más importante La más
importante que la mayoría de la mayoría ... que la mayoría... importante.
de las otras cosas
que me gustaría
lograr cambiar

Escriba el puntaje de importancia de su meta aquí -----80-----%

2.- En este momento, ¿qué tan confiado se siente en lograr la meta establecida?
Conteste a esta pregunta escribiendo un numero del 0 al 100 en el espacio de abajo, usando la siguiente escala como guía:

0-----25-----50-----75-----100
Creo que no Tengo el 25% Tengo el 50% Tengo el 75% Estoy
lograré mi meta. de confianza en lograr mi meta totalmente
seguro de
lograr mi
meta.

Escriba su puntaje de confianza (de 0% a 100%) aquí -----100-----%

TESIS CON
ALLA DE ORIGEN

FORMA DE REGISTRO DIARIO DE CONSUMO DE ALCOHOL

2a Sesión
24-11-99
19:00 hrs

Nombre _____ No. Exp. _____

META Abstinencia

DIA	CAPAZ DE RESISTIR CONSUMO PROBLEMATICO	NO. DE COPAS POR TIPO DE DEBIDA			NO. TOTAL DE COPAS	SITUACIONES RELACIONADAS CON EL CONSUMO				PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO
		1) si 2) no 3) no necesidad	Cer-veza	Des-lia-dos		Y i-n-o	Si no consumo, escriba 0.	S O L O	Con o l r o s	
12-02	3									Sin necesidad
13-02	3									"
14-02	3									"
15-02	3									"
16-02	3									"
17-02	3									"
18-02	3									"

FORMA DE REGISTRO DIARIO DE CONSUMO DE ALCOHOL

2a Sesión
24-11-99
19:00 hrs.

Nombre _____ No. Exp. _____

META Abstinencia

DIA	CAPAZ DE RESISTIR CONSUMO PROBLEMATICO	NO. DE COPAS POR TIPO DE DEBIDA			NO. TOTAL DE COPAS	SITUACIONES RELACIONADAS CON EL CONSUMO				PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO
		1) si 2) no 3) no necesidad	Cer-veza	Des-lia-dos		Y i-n-o	Si no consumo, escriba 0.	S O L O	Con o l r o s	
19-02	3									Sin necesidad
20-02	3									"
21-02	3									"
22-02	3									"
23-02	3									"
24-02	3									"

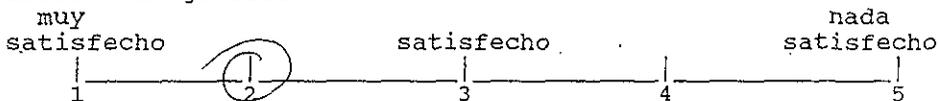
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

/___/___/___/ /___/___/___/___/ /___/___/ /___/___/___/___/
Estudio No. Exp. OCC. Fecha

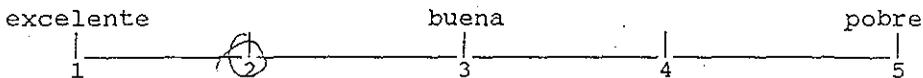
EVALUACION DEL TRATAMIENTO
REALIZADA POR EL USUARIO.

Este Centro de Servicios Psicológicos está desarrollando un programa de tratamiento que sea satisfactorio para sus usuarios. Nosotros apreciaremos mucho su ayuda en darnos alguna información al final de su tratamiento. Por favor conteste cada una de las siguientes preguntas, haciendo un círculo en el número apropiado. Para que usted se sienta libre de contestarlas, no debe anotar su nombre en este cuestionario. Nosotros escribiremos solamente su número de expediente que no revelará su identidad al terapeuta. Después de completar este cuestionario, por favor pongalo en el sobre anexo, ciérrelo y entreguelo al terapeuta.

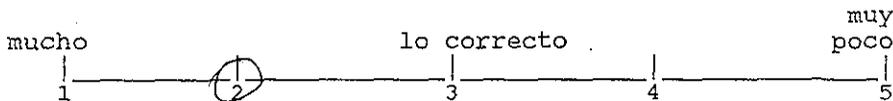
1.- Por favor califique su satisfacción con respecto al programa de tratamiento en general.



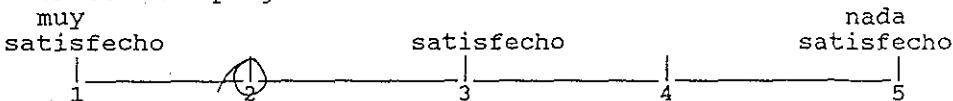
2.- Por favor califique la calidad de los servicios que usted recibió:



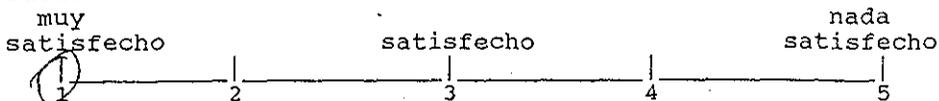
3.- Por favor califique la cantidad de tiempo que usted ocupó en el programa:



4.- Por favor califique su satisfacción con respecto a la parte de auto-control del programa:



5.- Por favor califique su satisfacción general con respecto a su terapeuta:



ESIS CON
A DE ORIGEN

--	--

ESTUDIO

--	--	--

USUARIO

--	--

SESION

--	--	--

FECHA

"CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL"
DE CONSUMO DE ALCOHOL

SCQ¹

Instrucciones

A continuación se le presentan una lista de situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber.
Imagínese que en este momento está en cada una de estas situaciones e indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso sin tener que asistir a un tratamiento.
Encierre en un círculo el 100, si está 100% seguro que puede resistir beber en exceso, 80 si está 80% seguro, encierre en un círculo 40 para indicar que está 40% seguro de poder resistir la urgencia de beber, 20 si está 20% seguro y 0 si se encuentra inseguro ante esa situación.

NOMBRE DEL USUARIO: _____

NOMBRE DEL APLICADOR: Lic. Karina Jiménez

¹ AUTOR: ANNIS, H.M. Ph. D.1982.
DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM.
ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, CANADA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PREGUNTAS	SERIA CAPAZ DE RESISTIR LA NECESIDAD DE BEBER EN EXCESO					
	INSEGURO			SEGURO		
1. Si tuviera una discusión con un amigo (a)	0	20	40	60	80	100
2. Si estuviera deprimido	0	20	40	60	80	100
3. Si sintiera que todo va por buen camino	0	20	40	60	80	100
4. Si me sintiera mal de salud o nervioso	0	20	40	60	80	100
5. Si decidiera demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de 1 o 2 copas	0	20	40	60	80	100
6. Si mis amigos llegaran de visita y me sintiera emocionado	0	20	40	60	80	100
7. Si viera el anuncio de mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
8. Si me sintiera a disgusto con alguien	0	20	40	60	80	100
9. Si alguien me criticara	0	20	40	60	80	100
10. Si en la casa de alguien me invitaran una copa	0	20	40	60	80	100
11. Si no pudiera dormir	0	20	40	60	80	100
12. Si quisiera aumentar mi placer sexual	0	20	40	60	80	100
13. Si me dieran como regalo una botella de mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
14. Si me sintiera muy contento	0	20	40	60	80	100
15. Si estuviera en reuniones en donde siempre bebía	0	20	40	60	80	100
16. Si me entristeciera por algo que paso	0	20	40	60	80	100
17. Si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol	0	20	40	60	80	100
18. Si algunas personas me pusieran tenso	0	20	40	60	80	100
19. Si paseando con amigos, éstos entraran a una cantina a beber una copa	0	20	40	60	80	100
20. Si pensara que fresca y sabrosa puede ser mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
21. Si quisiera estar mas cerca de alguien que me gustara	0	20	40	60	80	100
22. Si alguien en la misma habitación estuviera bebiendo	0	20	40	60	80	100
23. Si sintiera que no tengo a quien acudir	0	20	40	60	80	100
24. Si me sintiera deprimido	0	20	40	60	80	100
25. Si me sintiera rechazado sexualmente	0	20	40	60	80	100
26. Si estuviera aburrido	0	20	40	60	80	100

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PREGUNTAS	SERIA CAPAZ DE RESISTIR LA NECESIDAD DE BEBER EN EXCESO.					
	INSEGURO					SEGURO
27. Si me sintiera presionado por mi familia por no estar a la altura de lo que esperan	0	20	40	60	80	100
28. Si la gente fuera injusta conmigo	0	20	40	60	80	100
29. Si me acordara lo bien que sabía mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
30. Si mis amigos me rechazaran	0	20	40	60	80	100
31. Si me sintiera seguro (relajado)	0	20	40	60	80	100
32. Si viera algo que me recordara mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
33. Si me sintiera harto de la vida	0	20	40	60	80	100
34. Si me sintiera confundido y necesitara pensar con mayor claridad	0	20	40	60	80	100
35. Si me sintiera solo	0	20	40	60	80	100
36. Si estuviera convencido(a) de haber cambiado y ahora poder tomar unas cuantas copas	0	20	40	60	80	100
37. Si me sintiera el "dueño" del mundo	0	20	40	60	80	100
38. Si pasara por donde venden bebidas	0	20	40	60	80	100
39. Si estuviera en la situación en la que siempre bebía	0	20	40	60	80	100
40. Si me sintiera con sueño y quisiera estar despierto	0	20	40	60	80	100
41. Si estuviera cansado	0	20	40	60	80	100
42. Si tuviera un dolor físico	0	20	40	60	80	100
43. Si me sintiera seguro de poder beber sólo unas cuantas copas	0	20	40	60	80	100
44. Si alguien cercano a mí estuviera sufriendo	0	20	40	60	80	100
45. Si pensara que no conociera mis límites respecto a la bebida, a menos que los probara	0	20	40	60	80	100
46. Si saliera con mis amigos y quisiera divertirme más	0	20	40	60	80	100
47. Si me encontrara una botella de mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
48. Si platicando a gusto, quisiera contar una "anécdota"	0	20	40	60	80	100
49. Si me ofrecieran una copa y no supiera como rechazarla	0	20	40	60	80	100
50. Si no le simpatizaré a algunas personas	0	20	40	60	80	100
51. Si me sintiera mareado (con náuseas)	0	20	40	60	80	100
52. Si me sintiera inseguro de poder lograr lo que esperan de mí	0	20	40	60	80	100

PREGUNTAS	SERIA CAPAZ DE RESISTIR LA NECESIDAD DE BEBER EN EXCESO.					
	INSEGURO			SEGURO		
53. Si estuviera muy presionado	0	20	40	60	(80)	100
54. Si dudara de mi control, respecto al alcohol, y quisiera probarlo tomando una copa	0	20	40	60	80	(100)
55. Si todo lo que hago me pareciera incorrecto	0	20	40	60	(80)	100
56. Si alguien interfiriera con mis planes	0	20	40	60	80	(100)
57. Si pensara que estoy "curado" y puedo controlar la bebida	0	20	40	60	80	(100)
58. Si todo me estuviera saliendo bien	0	20	40	60	80	(100)
59. Si sintiera que a nadie le importa realmente lo que me pasa	0	20	40	60	(80)	100
60. Si en una fiesta, otras personas estuvieran bebiendo	0	20	40	60	80	(100)
61. Si me sintiera inseguro y quisiera actuar mejor	0	20	40	60	(80)	100
62. Si aumentara la presión en mi trabajo (debido a las exigencias de mi jefe)	0	20	40	60	80	(100)
63. Si sintiera que no puedo hacer las cosas que intento	0	20	40	60	(80)	100
64. Si tuviera miedo de que las cosas no me salieran bien	0	20	40	(60)	80	100
65. Si me sintiera satisfecho por algo que hubiera hecho	0	20	40	60	80	(100)
66. Si sintiera envidia por lo que otra persona hubiera hecho	0	20	40	60	(80)	100
67. Si pasara frente a una cantina	0	20	40	60	80	(100)
68. Si me sintiera vacío "interiormente"	0	20	(40)	60	80	100
69. Si estuviera en un restaurante y las personas junto a mí ordenaran unas bebidas	0	20	40	60	80	(100)
70. Si me sintiera cansado	0	20	40	60	80	(100)
71. Si todo me estuviera saliendo mal	0	20	40	60	(80)	100
72. Si quisiera celebrar con un amigo (a)	0	20	40	60	80	(100)
73. Si me presionarán a demostrar que puedo tomar solo una copa	0	20	40	60	80	(100)
74. Si me sintiera culpable	0	20	40	60	(80)	100
75. Si me sintiera nervioso (tenso)	0	20	40	60	(80)	100
76. Si estuviera enojado respecto al curso que han tomado las cosas	0	20	40	(60)	80	100
77. Si me sintiera presionado por mi familia	0	20	40	60	(80)	100

SCQ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PREGUNTAS	SERIA CAPAZ DE RESISTIR LA NECESIDAD DE BEBER EN EXCESO.					
	INSEGURO					SEGURO
78. Si algo bueno sucediera y quisiera celebrarlo	0	20	40	60	80	100
79. Si me sintiera contento con mi vida	0	20	40	60	80	100
80. Si pensara que no dependo de la bebida	0	20	40	60	80	100
81. Si pensara que una copa no me hace daño	0	20	40	60	80	100
82. Si estando con mis amigos, quisiéramos aumentar la diversión	0	20	40	60	80	100
83. Si me sintiera confundido, respecto a lo qué debo hacer	0	20	40	60	80	100
84. Si al reunirme con un amigo(a), sugiriera que tomáramos una copa	0	20	40	60	80	100
85. Si quisiera celebrar una ocasión especial, como la Navidad o un cumpleaños	0	20	40	60	80	100
86. Si me doliera la cabeza	0	20	40	60	80	100
67. Si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo	0	20	40	60	80	100
88. Si me estuviera divirtiendo en una fiesta y quisiera sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
89. Si tuviera urgencia de beber una copa	0	20	40	60	80	100
90. Si pensara en las oportunidades que he desperdiciado	0	20	40	60	80	100
91. Si quisiera probarme, a mí mismo, que puedo beber algunas copas sin emborracharme	0	20	40	60	80	100
92. Si tuviera problemas (pleitos) en mi hogar	0	20	40	60	80	100
93. Si disfrutando de una comida con amigos, pensara que una copa haría la reunión más agradable	0	20	40	60	80	100
94. Si tuviera problemas en el trabajo	0	20	40	60	80	100
95. Si estuviera a gusto con un amigo (a) y quisiera tener mayor intimidad	0	20	40	60	80	100
96. Si mi jefe me ofreciera una copa	0	20	40	60	80	100
97. Si sintiera el estómago "hecho nudo"	0	20	40	60	80	100
98. Si me sintiera feliz al recordar algo	0	20	40	60	80	100
99. Si necesitara valor para enfrentarme a alguien	0	20	40	60	80	100
100. Si sintiera que alguien me quiere controlar y quisiera sentirme independiente	0	20	40	60	80	100

GRACIAS POR SU COLABORACION.



FORMATO DEL PROGRAMA DE AUTO-CONTROL DIRIGIDO
NOTAS DE PROGRESO

NOMBRE: _____ NO. DE EXP. 990622 FECHA 12/01/15 HORA 12:00 hrs.
SESION _____

1.-	MATERIALES: A) ¿HA REVISADO LAS LECTURAS Y TAREAS? B) ¿HA CONTINUADO SU AUTOREGISTRO? C) ¿HA SURGIDO DUDAS ACERCA DEL MATERIAL? ¿CUALES? _____ _____ _____	SI SI SI	NO NO NO
2.-	ESTABLECIMIENTO DE METAS: A) ¿CUAL ES SU META? <u>Abstinencia</u> B) ¿LA HA PODIDO CUMPLIR? ¿POR QUE? _____ _____ _____	SI SI	NO NO
3.-	MANEJO DE RECAIDAS: A) ¿HA TENIDO ALGUNA RECAIDA? B) ¿CUANTAS VECES? C) ¿CUAL HA SIDO SU CONSUMO APROXIMADO? <u>no consumo</u> D) ¿QUE FACTORES PRECIPITANTES IDENTIFICO? _____ _____ E) FACTORES EXPLORADOS EN LAS SITUACIONES DE RIESGO? _____ _____	SI	NO NO
4.-	PLANES DE ACCION: A) ¿LOS HA PODIDO SEGUIR? ¿POR QUE? <u>no necesidad</u> _____ B) ¿QUE CAMBIOS HA HECHO? <u>ninguno</u> _____ C) ¿CUALES HAN SIDO LAS CONSECUENCIAS? _____ _____ _____	SI	NO NO
5.-	OBSEVACIONES: _____ _____ _____		

FECHA SIGUIENTE ENTREVISTA: _____
 TERAPEUTA: _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**