

1968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

20

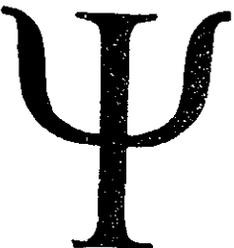
FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA RESIDENCIA EN PSICOLOGIA DE LAS ADICCIONES

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL GRADO DE: MAESTRIA EN PSICOLOGIA PRESENTA: SILVIA / MORALES CHAINE

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ

COMITE TUTORAL: TITULAR DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ TITULAR MTRO. FERNANDO VAZQUEZ P. TITULAR DRA. MA. ELENA MEDINA MORA TITULAR MTRA. CARMEN MILLE TITULAR DRA. HAYDEE ROISOVSKY SUPLENTE DR. JOSE A. VELEZ SUPLENTE MTRA. GUILLERMINA NATERA



MEXICO, D. F.

ENERO DEL 2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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

Al Dr. Ayala, quien además de ser mi guía académica, me ha mostrado un apoyo incondicional en mi vida personal

A Noemí, por que contar con tu amistad es mi regalo más preciado.

A mis padres, quienes con su apoyo incondicional han impulsado mi desarrollo personal y profesional.

A mi familia, por los momentos agradables que siempre pasamos juntos.

A Lydia, por compartir conmigo tus conocimientos y sobre todo por tu amistad incondicional.

A mis amigos Mónica, Roberto y Alice, quienes siempre me impulsan y animan en los momentos difíciles de mi vida y mi profesión.

A mis amigas Ale, Edith y Cris, por su amistad, apoyo y sobretodo por su sinceridad.

A mis compañeros y amigos de la Residencia en Adicciones; por que logramos hacer un gran equipo de trabajo: Marce, Laura C., Laura L., Citlali, Erica, Bernardo, Ale, y Susana.

A mis maestros, por compartir conmigo su conocimiento: Fernando, Cesar y Leticia.

A mis compañeros de cubículo: Paco, Kalina, Marijó y Andrómeda.

A mis Maestros del Comité tutorial:

Dr. Hector Ayala Velázquez  
Mtro. Fernando Vazquez P.  
Dra. Ma. Elena Medina Mora  
Mtra Carmen Millé  
Dra. Haydee Rosovsky  
Dr. José A. Velez  
Mtra. Guillermina Natera

## TABLA DE CONTENIDOS

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>I. Instrumentación de un proyecto de investigación para la identificación de formas de consumo de cuatro comunidades del Distrito Federal y realización de análisis de los resultados</b>	<b>3</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>3</b>
El consumo de alcohol y otras sustancias	3
Factores asociados	5
Consecuencias del consumo	7
<b>MÉTODO</b>	<b>8</b>
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Variabíes	9
Muestreo	10
Características de los sujetos	10
Escenario	12
Instrumentos	12
Estudio	13
Procedimiento	13
<b>RESULTADOS</b>	<b>13</b>
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>26</b>
<b>LIMITACIONES</b>	<b>27</b>
<b>HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS</b>	<b>28</b>
<b>II. Desarrollo de programas preventivos de habilidades a nivel individual en comunidades, relacionadas con futuras conductas adictivas en los individuos.</b>	<b>29</b>
Programas de prevención primara para el desarrollo de habilidades de solución de conflictos, estilos de crianza efectivos y autocontrol de enojo en diversas comunidades del Distrito Federal	29
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>29</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>30</b>
Objetivo general	30
Objetivos específicos	30
Variables	31
Muestreo	31
Sujetos	31
Escenario	31
Materiales	32
Instrumentos	32
Diseños	33
Procedimiento	33

RESULTADOS	34
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	39
LIMITACIONES	40
HABILIDADES Y COMPETENCIAS DESARROLLADAS	40
Proyecto de Investigación: Desarrollo y Movilización Comunitaria para la Prevención Primaria de Comportamientos Adictivos en la Comunidad	41
ANTECEDENTES	41
MÉTODO	43
Objetivo general	43
Objetivos específicos	44
Variables	44
Muestreo	45
Escenario	45
Instrumentos	46
Estudio	46
Procedimiento	46
HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS	49
<b>III. Desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo-conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.</b>	50
ANTECEDENTES	50
Instrumentación del programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema	53
METODO	53
Objetivo general	53
Objetivos específicos	53
Variables	53
PRIMER USUARIO	53
SEGUNDO USUARIO	53
Instrumentos	54
Diseño	55
Procedimiento	55
RESULTADOS	56
DISCUSIÓN	59
LIMITACIONES	60
ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS	60

**IV. Instrumentar un proyecto de investigación aplicada para evaluar un programa de intervención cognitivo conductual para rehabilitar a personas adictas y su aplicación con este tipo de población.** 61

Evaluación de un programa de intervención cognitivo conductual para la rehabilitación de personas que consumen alcohol y otras sustancias 61

ANTECEDENTES 61

MÉTODO 69

Objetivo 69

Variables 70

Participantes 70

Escenario 70

Instrumentos 70

Diseño 74

Procedimiento 74

RESULTADOS 78

DISCUSIÓN 80

LIMITACIONES 81

Aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual para rehabilitar a personas con consumo excesivo de sustancias 82

PRIMER USUARIO 82

MÉTODO 82

Objetivo 82

Objetivos específicos 82

Variables 82

Participante 83

Escenario 83

Instrumentos 83

Diseño 85

Procedimiento 86

RESULTADOS 89

DISCUSIÓN 92

LIMITACIONES 93

SEGUNDO USUARIO 94

MÉTODO 94

Objetivo 94

Objetivos específicos 94

Variables 94

Participante 94

Escenario 96

Instrumentos 96

Diseño 98

Procedimiento	98
RESULTADOS	103
DISCUSIÓN	107
LIMITACIONES	107
ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS	108
<b>V. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria</b>	109
ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS	111
CONCLUSIÓN GENERAL SOBRE LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE LA RESIDENCIA	112
<b>REFERENCIAS</b>	114
<b>SESIÓN TÍPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL</b>	122
Antecedentes	123
Método	127
Objetivo general	127
Objetivos específicos	127
Variables	127
Participante	127
Instrumentos	128
Diseño	130
Procedimiento	130
Resultados	132
Discusión	134
Referencias	135
Anexos	

## INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo consiste en mostrar los avances y logros obtenidos en el programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones. Dicho programa ha proporcionado la oportunidad de practicar la prevención primaria en las diversas comunidades de nuestra ciudad, donde las conductas adictivas merman la salud de sus habitantes. Dicha prevención, no solamente consiste en detener y modificar estas conductas, sino en modificar los estilos de vida que caracterizan a la población y que a lo largo de los años encuentran su cauce en una conducta adictiva. Por lo tanto, el trabajar en los estilos de crianza y en los estilos de vida saludables tiene como objetivo prevenir la aparición de conductas delictivas y adictivas.

Del mismo modo, la aplicación y el desarrollo de los programas de intervención secundaria y terciaria, el programa de auto cambio dirigido y el de reforzamiento comunitario, respectivamente, permiten abordar aquella parte de la población que presenta conductas adictivas que merman no solamente su desarrollo como individuos, sino el de la familia que depende de ellos y de la comunidad en la que habitan.

Los resultados permiten ampliar el conocimiento relacionado con los factores de riesgo asociados con las conductas adictivas. Del mismo modo, se ha buscado mejorar los programas de intervención realizando modificaciones surgidas a partir de la iniciativa de las comunidades abordadas. Los programas de intervención se han centrado en los estilos de vida saludables así como a los de crianza que favorecen conductas de interacción familiar positiva así como a las habilidades de afrontamiento más efectivas. Por lo tanto dichas temáticas buscan abordar el problema de las adicciones desde un nivel preventivo de índole primaria. Adicionalmente, se ha aplicado el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema, programa de intervención secundaria, que tiene como objetivo controlar y reducir el consumo de alcohol en bebedores problema. Así mismo, se ha desarrollado el programa de Reforzamiento Comunitario, programa de prevención terciaria, que tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol en bebedores excesivos por medio de establecer y modificar los reforzadores sociales, laborales y familiares que rodean al individuo.

Por lo tanto, el trabajo comunitario y el de intervención secundaria y terciaria en adicciones, se ha conformando de tal manera que permite abordar todas las problemáticas presentadas por una comunidad tanto para su prevención primaria como secundaria y terciaria, permitiendo conocer y comprender la conducta adictiva, su antecedentes y consecuencias, en la vida cotidiana que caracteriza a los mexicanos en diversas comunidades. El presente trabajo es un esfuerzo por proporcionar una visión general de los avances alcanzados durante la residencia en adicciones. Tales conocimientos permiten continuar con el trabajo de residencia para intervenir primaria, secundaria y terciariamente de forma exitosa en el ámbito de las adicciones.

El reporte se encuentra dividido en seis grandes rubros que permiten señalar los avances alcanzados de acuerdo al perfil del egresado: I) Instrumentación de un proyecto de investigación para la identificación de formas de consumo de cuatro comunidades del Distrito Federal y realización de análisis de los resultados; II) Desarrollo de programas preventivos de habilidades a nivel individual en comunidades relacionadas con futuras conductas adictivas en los individuos; III) Desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo-conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psico-activas; IV. Instrumentar un proyecto de investigación aplicada para evaluar un programa de intervención cognitivo conductual para rehabilitar a personas adictas y su aplicación con este tipo de población; y V) Sensibilización y capacitación a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

## **I. Instrumentación de un proyecto de investigación para la identificación de formas de consumo de cuatro comunidades del Distrito Federal y realización de análisis de los resultados.**

En el presente rubro se presenta la realización de un ejercicio que se llevó a cabo con la finalidad de realizar una descripción de las formas de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias de cuatro comunidades del Distrito Federal, como parte de un modelo de desarrollo comunitario realizado dentro del programa de Internado en Psicología General: Área en Salud.

### **ANTECEDENTES**

#### *El consumo alcohol y otras sustancias*

En los últimos años, la Psicología ha adquirido un papel fundamental como una opción importante y obligada dentro de las estrategias de solución de problemas relacionados con la salud, la educación, la productividad, etc. Nuestro país al estar caracterizado por agudos contrastes en el desarrollo económico, político y social requiere de la contribución interdisciplinaria a diferentes niveles, para dar solución a estos problemas utilizando la metodología, los principios y conocimientos de las diferentes disciplinas entre ellas la Psicología científica actual.

Existen una gran serie de problemáticas sociales en las que puede incidir el psicólogo debido, principalmente, a que existe un alto porcentaje de estos que se relacionan con los estilos de vida y comportamiento de los individuos. En particular, dentro de las consecuencias resultantes de estos estilos de vida, se pueden considerar los altos índices de enfermedades psicológicas reportadas por diversas instituciones. Por un lado, la OMS (1979), reporta que existen cerca de 40 millones de personas en el mundo que sufren de trastornos psicológicos graves. Gran parte de esta cifra es el de las personas afectadas severamente por su dependencia al alcohol y las drogas (ENA, 1997).

Con relación a todos estos problemas de salud, es importante señalar que los modelos de promoción de la salud y de prevención, se convierten en parte integral del sistema nacional de salud, ya que constituyen el núcleo principal del desarrollo socioeconómico de cualquier comunidad. Este tipo de intervenciones representan el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas; por lo tanto, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978; 1979; 1986; 1988; 1991; 1997; 2000).

Así, un problema particularmente importante en nuestro país es el consumo de sustancias como el alcohol y las drogas, ya que constituye innegablemente un problema de salud por las consecuencias que se derivan de él. Los problemas familiares, laborales, accidentes y de salud, muestra claramente que esta

problemática tiende a agravarse al paso de los años. Las instituciones de salud deben atender esta situación de manera eficaz, desde los orígenes mismos del problema y no hasta el momento en que el individuo que consume drogas o abusa del alcohol se encuentra en una fase crítica, agudizando la ya grave problemática social mencionada.

El consumo de sustancias o drogas ha aumentado en las últimas décadas. (ENA, 1997; 1999; ver figura 1 y 2) Este consumo no se limita a grupos minoritarios y marginales. La encuesta nacional de adicciones, arroja una gran cantidad de datos que permiten observar el incremento en el consumo de sustancias como la cocaína, la marihuana, los inhalables y el alcohol.

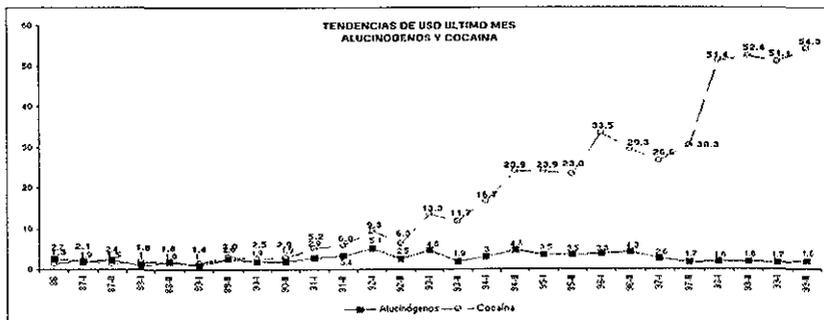


Figura 1. Muestra la tendencia en el consumo de drogas entre estudiantes, drogas tales como los alucinógenos y la cocaína en el último mes, a través de los últimos 14 años; ENA, 1999.

Tendencias en el consumo de alcohol en estudiantes

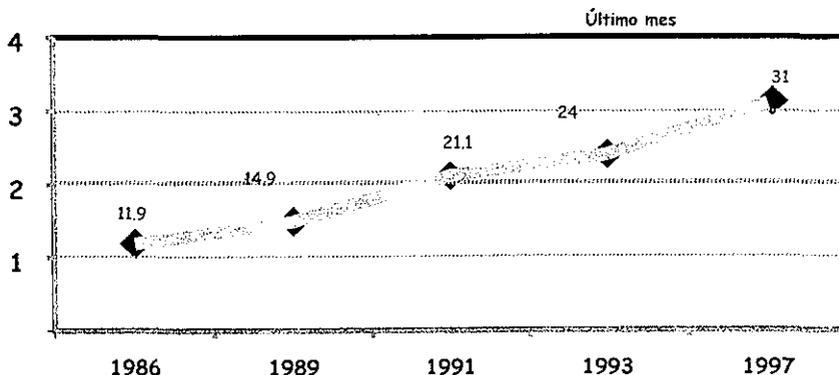
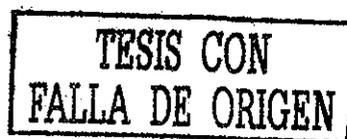


Figura 2. Muestra la tendencia en el consumo de alcohol entre los estudiantes en los últimos 10 años; ENA, 1997



Recientemente se ha considerado al alcoholismo y a la fármaco-dependencia como conductas adictivas y no como procesos de una enfermedad progresiva e incurable, (Higgins, 1998). Dicha concepción concuerda con la premisa de la variabilidad en la conducta de beber y su posibilidad de moldeamiento por medio de influencias externas, (Ayala, 1992).

Por lo tanto, se ha establecido que las conductas adictivas se adquieren con base en el aprendizaje de patrones de conducta maladaptativos. De tal manera que estas conductas pueden ser modificadas a través de nuevas situaciones de aprendizaje. Los individuos que presentan tales comportamientos pueden aprender a cambiar y aceptar la responsabilidad personal de su recuperación (Meyers y Smith, 1995).

Sin embargo, con relación a la frecuencia de consumo, la OMS introdujo la categoría de "consumo perjudicial", para definir a aquel consumo que está afectando a la salud física y mental (p.ej., episodios de trastornos depresivos secundarios a la ingesta excesiva) del consumidor. Califica al usuario regular que empieza a manifestar problemas pero que aún no se cumple el criterio de dependencia.

Una categoría relacionada es la de "consumo peligroso", que se define como un patrón de consumo ocasional, repetido o persistente, de una o varias sustancias psicotrópicas que lleva consigo un riesgo elevado de producir daños futuros a la salud mental o física del individuo, se ubica en éste grupo a las personas que aún no cumplen con el criterio de "consumo perjudicial".

*Por su parte, el abuso se define como aquella condición en la que se tienen problemas sociales o de salud derivados del consumo de sustancias pero no se cumplen con los criterios para calificar a la persona como dependiente.*

### *Factores Asociados*

Con relación a los factores que explican la adquisición de la conducta de uso y abuso de sustancias, no se niega la influencia de los factores farmacológicos que contribuyen al uso, sino que se considera que los factores biológicos interactúan y son mediados por procesos psicológicos, (Ayala, 1992). Adicionalmente se considera que la fuerza motivacional del síndrome de abstinencia en el mantenimiento de la conducta de consumo, descansa en el hecho de que la persona "aprende" que el continuar consumiendo reduce los malestares del síndrome de abstinencia (Little, 2000). Se acepta la importancia de la reacción del cuerpo a las sustancias en el desarrollo de la tolerancia y el síndrome de abstinencia, sin embargo se considera crítica la comprensión de procesos psicológicos como el condicionamiento clásico y su atribución en la explicación de la fuerza motivacional de la dependencia, (Little, 2000).

Por todo lo anterior, se considera que el uso de alcohol y otras sustancias es el resultado directo, no solamente de la farmacología de la sustancia, sino de los factores psicológicos y las variables de aprendizaje que juegan un papel importante.

Con respecto a los factores asociados al uso de alcohol y drogas, se afirma que existen diferentes procesos causales de los problemas relacionados con el consumo que explican el paso del uso experimental o recreativo sustancias a su uso excesivo. De acuerdo con Pierre, (1987), la aparición y la dependencia resulta de la acción conjunta de varios grupos de factores:

1. Las características personales y los antecedentes del individuo. Se habla de individuos que han tenido problemas de comportamiento durante su infancia (Ayala, Fulgencio, Chaparro & Pedroza, 2000; West y Farrington, 1973) y que desembocan en conducta antisocial en la adolescencia y adultez. Su historia esta marcada por problemas de interacción familiar como abandonos, rupturas o apegos excesivos. Por otro lado, se ha supuesto que ciertas diferencias individuales, al interactuar con demandas ambientales o situacionales, pueden rebasar la habilidad de un individuo para afrontar efectivamente dichas situaciones. Dentro de los factores que predisponen a un individuo se encuentran: las diferencias biológicas que lo hacen mas o menos tolerantes a la intoxicación y a los efectos reforzantes del alcohol (Begleiter, Porgesz, Bihari y Kissin, 1984), algunos desórdenes psicológicos (Schuckit, 1983) y los déficit en las habilidades de socialización (O'Leary, O'Leary y Donovan, 1976).

2. La indole del medio sociocultural. Algunas adicciones están más extendidas en ciertos medios sociales. Las experiencias tempranas, tanto directas como vicarias con el alcohol y otras drogas, dentro de un contexto social y de desarrollo se relacionan fuertemente con el uso de estos, (Biddle y Cols., 1980; Margulies, Kessler y Kandel, 1977). Así, el papel del modelamiento ejerce una influencia importante sobre los patrones de consumo (Caudill y Marlatt, 1975).

3. Las características de la sustancia, cantidad consumida y frecuencias de uso también son importantes. Las razones por las cuales la mayoría de la gente comienza a experimentar el consumo de drogas se relacionan con los efectos farmacológicos de las drogas tales como la reducción de la ansiedad o el estrés y la inducción a la euforia, (Little, 2000). Las dosis bajas de alcohol causan efectos tales como un decremento en el control inhibitorio de conducta social normal, pérdida de control motor, pérdida de coordinación e incremento en el tiempo de reacción. Las dosis altas de alcohol tienen efectos que van desde la intoxicación y la sedación a la anestesia general.

Por lo tanto, abuso de alcohol y el uso de sustancias está moderado por una variedad de determinantes, tanto individuales como situacionales. El abuso del alcohol y el uso de sustancias se pueden considerar como métodos desadaptativos de afrontamiento que se presentan cuando la auto-eficacia y las expectativas de los efectos de estas tienen ciertas características, que propician el

hecho de escoger el uso del alcohol o drogas como el mejor o el único método para obtener los resultados deseados.

### *Consecuencias del consumo*

Las consecuencias pueden derivarse del consumo crónico o de eventos de intoxicación aguda; en un caso el tiempo de consumo y la cantidad ingerida serán los mejores predictores de problemas, en el otro, el haber bebido en ocasiones que no era adecuado hacerlo, por ejemplo, antes de manejar, sin que esto implique que la persona sea dependiente o tenga problemas con el manejo de las sustancias.

Por lo tanto, a pesar de que los consumidores crónicos tienen más problemas que las personas que sin ser dependientes pueden llegar a la intoxicación, la mayor parte de los problemas ocurren en éste último grupo. Este fenómeno se conoce como "la paradoja de la prevención". Así para contestar la pregunta acerca de cómo afecta el consumo a una población, es importante considerar dos ejes, uno el del consumo crónico y otro el de la intoxicación aguda.

Por otra parte, también es fundamental hacer una distinción entre problemas sociales y de salud, ya que en su manifestación intervienen variables diferentes. Los problemas de salud se derivan de variaciones en la vulnerabilidad de los individuos, las dosis y tiempo de consumo de sustancias. En los problemas sociales intervienen las normas, que el grupo bajo estudio tiene con respecto al consumo de sustancias. Así en un ambiente en que el consumo es tolerado o aún promovido, se presentarán menos problemas sociales que en otro en donde la norma apunte a la abstinencia.

Así, dentro de los desórdenes agudos generados por el consumo de sustancias se encuentran: los accidentes automovilísticos, el suicidio, la violencia, el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual.

Con respecto a los desórdenes crónicos, se ha encontrado que tales problemáticas involucran el desarrollo de enfermedades tales como el cáncer, la cirrosis hepática, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades mentales y el síndrome alcohólico fetal.

El aumento registrado en los problemas sociales de variada índole vinculados al uso de sustancias psicoactivas en México ha hecho evidente la carencia de servicios adecuados para atender esta situación. Debido a ello, es necesario el apoyo institucional a programas de especialización que permitan que el psicólogo se capacite en esta área para investigar, medir la magnitud del problema y prepararse en la prevención, técnicas de detección, intervención y rehabilitación de personas con esta problemática, así como promover acciones que disminuyan las repercusiones.

Ante toda esta problemática social, varios organismos internacionales conducen una acción de lucha contra las adicciones. Una de sus funciones es promover la información confiable sobre la amplitud y naturaleza del uso de las sustancias.

Una de las fuentes importantes para conocer las formas de consumo de alcohol y otras drogas lo constituye la propia comunidad; Quienes arrojan un índice de consumo de alcohol y sustancias permiten la instrumentación de programas de intervención primaria, secundaria y terciaria, así como la promoción de la salud en sus propios ámbitos.

## METODO

### *Objetivo general*

El objetivo del estudio fue conocer las formas de consumo de sustancias a través de identificar los patrones de uso de las personas de la comunidad (frecuencia, cantidad, ocasiones, circunstancias).

### *Objetivos específicos*

1. Identificar el porcentaje de problemáticas sociales percibidas por los miembros de las comunidades.
2. Identificar el porcentaje de individuos que consumen alcohol en 4 comunidades del Distrito Federal.
  - a) Identificar el porcentaje de sujetos que consumieron alcohol en el último año.
  - b) Identificar el porcentaje de sujetos que consumieron alcohol en el último mes.
  - c) Identificar el porcentaje de sujetos que consumieron alcohol en la última semana.
3. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo al tipo de bebida consumida.
4. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a la cantidad de consumo de alcohol.
5. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a la edad de inicio en el consumo de alcohol.
6. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a las posibles razones para el inicio en el consumo de alcohol.
7. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a las posibles razones para el uso continuado de alcohol.
8. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a los problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol.
9. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a los problemas sociales relacionados con el consumo de alcohol.
10. Identificar el porcentaje de individuos que consumen tabaco en 4 comunidades del Distrito Federal.

- a) Identificar el porcentaje de sujetos que consumieron tabaco en el último año.
  - b) Identificar el porcentaje de sujetos que consumieron tabaco en el último mes.
11. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a la frecuencia en el consumo de tabaco.
  12. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a la edad de inicio en el consumo de tabaco.
  13. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a las posibles razones para el inicio en el consumo de tabaco.
  14. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a las posibles razones para el uso continuado de tabaco.
  15. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a los problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco.
  16. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a los problemas sociales relacionados con el consumo de tabaco.
  17. Identificar el porcentaje de individuos que consumen drogas en 4 comunidades del Distrito Federal.
    - a) Identificar el porcentaje de sujetos que consumieron drogas alguna vez en su vida.
    - b) Identificar el porcentaje de sujetos que consumieron drogas en el último mes.
  18. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo al tipo de droga consumida.
  19. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a la edad de inicio en el consumo de drogas.
  20. Identificar el porcentaje de sujetos de acuerdo a las posibles razones para el inicio en el consumo de drogas.

#### *Variables*

- Porcentaje de sujetos que consumen alcohol
- Distribución de acuerdo al tipo de bebidas consumidas.
- Cantidad de consumo de alcohol por ocasión
- Edad de inicio en el consumo de alcohol
- Razones para el inicio en el consumo de alcohol
- Razones para el uso continuado de alcohol
- Problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol.
- Problemas sociales relacionados con el consumo de alcohol.
- Porcentaje de sujetos que consumen tabaco
- Frecuencia en el consumo de tabaco
- Edad de inicio en el consumo de tabaco
- Razones para el inicio en el consumo de tabaco
- Razones para el uso continuado de tabaco
- Problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco.
- Problemas sociales relacionados con el consumo de tabaco.
- Porcentaje de sujetos que consumen drogas

- Tipo de droga consumida
- Edad de inicio en el consumo de drogas
- Razones para el inicio en el consumo de drogas

*Muestreo*

La selección de la muestra no fue aleatoria, debido a que los sujetos de las 4 comunidades fueron invitados a participar en el estudio, de acuerdo a su interés por mejorar su calidad de vida en la comunidad.

*Características de los sujetos*

Se trabajó con 259 participantes de cuatro comunidades del distrito federal de un nivel socio-económico medio bajo, con un promedio de edad de 32 años y un rango entre los 12 y 68 años. El 81% de los participantes fueron mujeres y el 19% hombres, (Ver figura 3). El 58% fue clasificado como adultos mayores entre los 30 y 59 años de edad, el 35% como adultos jóvenes entre los 19 y 29 años y el resto entre adolescentes de 12 a 18 años y ancianos mayores de 60 años (Ver figura 4). El 55% de los participantes eran casados, el 18% solteros, el 18% vivía en unión libre y el resto se distribuyó entre divorciados, separados y viudos, (Ver figura 5).

**Distribución por género**



Figura 3. Muestra el porcentaje de hombres y mujeres que participaron en la evaluación comunitaria de cuatro comunidades del Distrito Federal; n=259.

**TEJIS CON FALLA DE ORIGEN**

### Distribución por edades

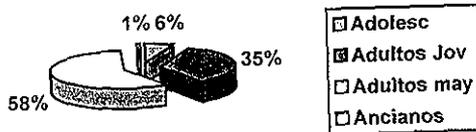


Figura 4. Muestra el porcentaje de adolescentes, adultos jóvenes, adultos mayores y ancianos que constituían la muestra de estudio; n=259.

### Distribución por estado civil

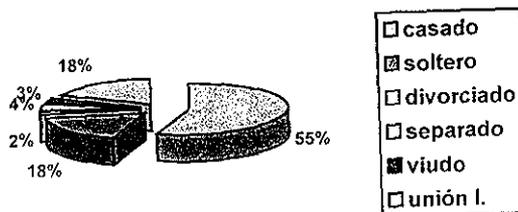


Figura 5. Muestra el porcentaje de individuos de acuerdo al estado civil de los participantes; n=259.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Finalmente, el 18% de los sujetos habían estudiado la primaria, el 43% la secundaria, el 19% el bachillerato, el 14% una carrera profesional y el 6% no tenían estudios, (Ver figura 6).

### Distribución por escolaridad

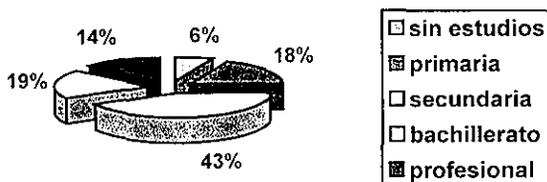


Figura 6. Muestra el porcentaje de participantes de acuerdo al nivel de escolaridad; n=259.

### Escenario

Se trabajó en cuatro comunidades pertenecientes a los centros de salud de la Secretaría de Salud, distribuidas en la zona conurbana del distrito federal:

- Centro de Salud Portales; Delegación Benito Juárez
- Centro de Salud "Gustavo Rovirosa"; Delegación Coyoacán
- Centro de Salud "Dr. Gastón Melo"; Delegación Milpa Alta
- Centro de Salud "Margarita Chorne"; Delegación Coyoacán

### Instrumentos

Se diseñó un instrumento diagnóstico (ver anexo 1) de 153 reactivos distribuidos en 7 componentes principales:

- 1) Ficha de identificación con 20 preguntas, entre las cuales 16 eran abiertas y cuatro de opción múltiple.
- 2) Nivel socio-económico con 7 preguntas, de las cuales 4 son abiertas, 2 son de opción múltiple y 1 corresponde a una sección donde el entrevistado señala con que servicios cuenta.
- 3) Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana (Moos, 1977; Adaptado por Ayala, 1993). Instrumento de lápiz y papel que se divide en 7 subescalas: Condiciones Médicas con 13 reactivos con respuestas dicotómicas; Síntomas Físicos con 12 reactivos con respuestas dicotómicas; Humor Depresivo con 6 reactivos de igual tipo de respuestas; Auto Confianza con

11 reactivos con respuestas tipo likert de 5 opciones; Estilos de Afrontamiento con 31 preguntas con respuestas tipo likert de cuatro opciones; Ambiente Negativo en el Hogar con 6 reactivos con escala tipo likert de 5 opciones de respuesta; y Redes de Apoyo Social con tres reactivos de respuestas abiertas.

- 4) Formas de consumo (Morales y Ayala, 2000) con 102 reactivos con respuesta dicotómica de si o no y respuestas abiertas, divididos en 3 componentes, yo, mi pareja y otro miembro de la familia.
- 5) Cuestionario de estilos de vida (CONADIC, 1998): Hábitos alimenticios con 8 reactivos; Uso del tiempo libre con 7 reactivos; y Expresividad con cinco reactivos, todas ellas con respuestas tipo likert de 4 opciones.

### *Estudio*

Se realizó un estudio descriptivo de las formas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

### *Procedimiento*

Inicialmente se eligieron zonas geográficas pertenecientes a los centros de salud para realizar los mapeos ecológicos. Posteriormente, se organizaron grupos focales de información. También se identificaron grupos formados tales como escuelas, centros o instituciones de servicios diversos, etc. Posteriormente, se identificaron y contactaron líderes formales e informales de la comunidad y se realizaron pláticas iniciales de sensibilización a la población sobre el trabajo comunitario a realizarse.

Se aplicó el instrumento de evaluación diagnóstica a través de los diversos grupos focales formados e identificados, con una duración de una hora 30 minutos.

## **RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados obtenidos a lo largo del estudio, describiendo las problemáticas identificadas y los patrones de consumos de alcohol, tabaco y otras drogas en las comunidades.

En la figura 7, se muestran los resultados obtenidos con relación a los problemas comunitarios percibidos por las comunidades. Las problemáticas con mayor porcentaje son pandillerismo con un 42.1% de personas que reportan percibir dicha problemática en sus comunidades; en segundo lugar se presenta la ingesta de drogas con un 37.8% de la población que lo percibe; y en tercer lugar la ingesta de alcohol con un 32.8% de los participantes que lo reportan, (Ver figura 10).

Problemas comunitarios percibidos

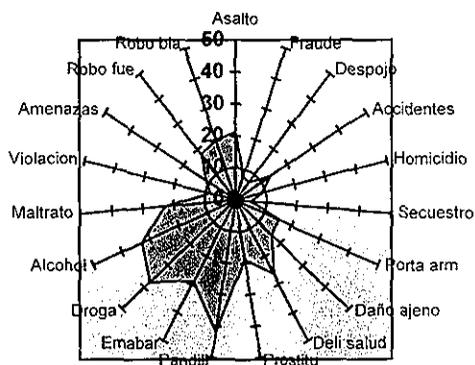


Figura 7. Muestra las principales problemáticas sociales identificadas por los miembros de las 4 comunidades de estudio; n=259.

Las siguientes gráficas muestran la forma de consumo, donde se puede observar (ver figura 8) que existe un consumo en el último año en un 31.3% de los entrevistados, en un 27.8% de sus parejas y en un 16.6% en otros miembros de su familia en los últimos 12 meses.

Beber en los últimos 12 meses

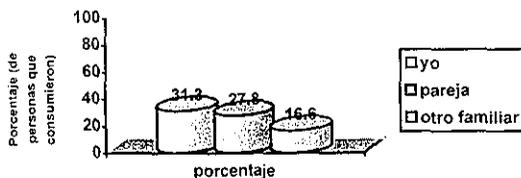


Figura 8. Muestra el porcentaje de personas que reportaron consumo de alcohol en los últimos 12 meses n=259.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

Así mismo se reporta que existe un consumo en los últimos 30 días (Ver figura 9) en un 10.8% de los entrevistados, en un 16.2% de sus parejas y en un 12.4% en otros miembros de su familia.

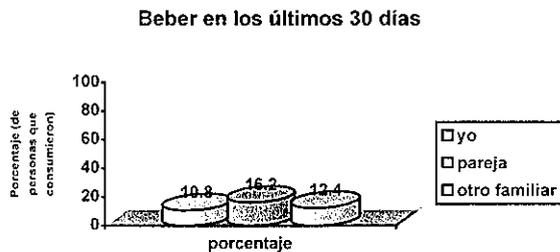


Figura 9. Muestra el porcentaje de personas que reportaron consumir alcohol en los últimos 30 días; n=259.

Finalmente, se reporta un consumo (ver figura 10) de alcohol, en la última semana, en el 4.6% de los entrevistados, en un 8.5% de sus parejas y en un 7.7% en otros miembros de su familia.

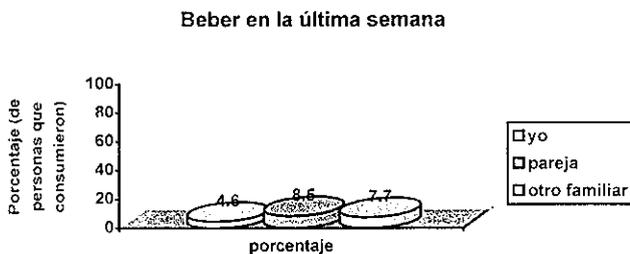


Figura 10. Muestra el porcentaje de personas que reportaron haber consumido alcohol en la última semana n=259.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En la figura 11, se muestra el tipo de bebidas ingeridas por los miembros de las diversas comunidades. Se puede observar que la bebida con mayor porcentaje es la cerveza con un 19.3% en los encuestados, un 18.5% de las parejas de los mismos y en un 10% de otros familiares.



Figura 11. Muestra el porcentaje de personas que reporta consumir los diferentes tipos de bebidas n=259.

En la figura 12, se muestra la forma de consumo de los entrevistados. Se puede observar que el 56% de los entrevistados beben controladamente y el 25% bebe en exceso.

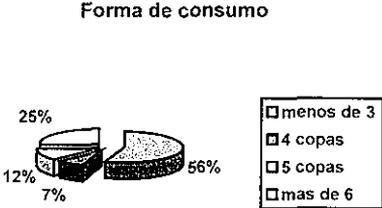


Figura 12. Muestra el porcentaje de personas que reporta consumir las diferentes cantidades de alcohol: n= 107

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En la figura 13, se muestra la edad de inicio en el consumo de alcohol. Se puede observar que el 49% de los consumidores se iniciaron entre los 18 y 24 años de edad y que el 41% lo hizo entre los 12 y 17 años.

### Edad de inicio en el consumo de alcohol



Figura 13. Muestra la edad en que las personas reportan haber iniciado su consumo de alcohol n=110.

En la figura 14, se pueden observar las razones por las que los entrevistados reportan haber iniciado su consumo. Se muestra que el 45% inicio en una fiesta o por presión social.

### Razones para el inicio en el consumo de alcohol

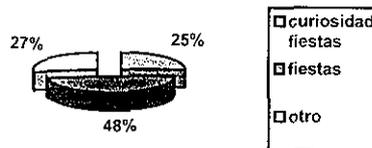


Figura 14. Muestra el porcentaje de razones reportadas por los entrevistados para el inicio en el consumo de alcohol; n=95.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En la figura 15, se muestra las razones por las cuales los entrevistados reportan haber seguido ingiriendo alcohol. Se puede observar que el 45% lo hace por gusto y el 12% por depresión.

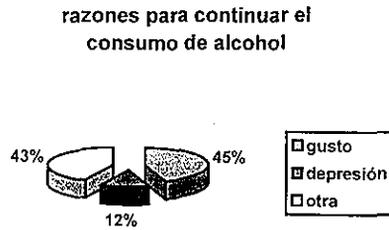


Figura 15. Muestra el porcentaje de razones reportadas para continuar consumiendo alcohol; n=58.

En la figura 16, se muestran los problemas de salud como resultado del consumo excesivo de alcohol. Se observa que el 67% de los problemas de salud son agudos.

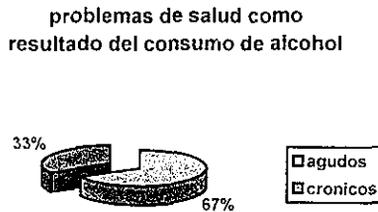


Figura 16. Muestra el porcentaje de problemas de salud reportados como resultado del consumo de alcohol; n=15.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

En la figura 17, se muestran los problemas sociales como resultado del consumo de alcohol. Se observa que el 44% de los entrevistados reportan problemas familiares, el 28% de pareja, el 17% legales y el 11% laborales.

**problemas sociales por el consumo de alcohol**

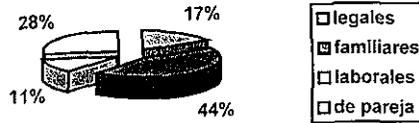


Figura 17. Muestra el porcentaje de problemas sociales reportados por el consumo de alcohol; n=18.

Las siguientes gráficas muestran la forma de consumo de tabaco de los miembros de las diversas comunidades, donde se puede observar (Ver figura 18) que el 26.6% de los entrevistados reporta haber fumado en el último año, el 30.9% reporta que sus parejas lo hicieron y el 17.4% reporta que otros de sus familiares también han consumido tabaco.

**Consumo de tabaco en los últimos 12 meses**

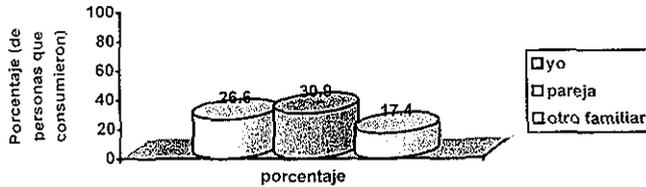


Figura 18. Muestra el porcentaje de personas que reportaron haber consumido tabaco en los últimos 12 meses; n=259.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

Así mismo, se reporta que el 24.3% de los usuarios han fumado en el último mes, el 26.6% reportan que su pareja lo ha hecho y el 15.1% reportaron que otros de sus familiares también lo hicieron (Ver figura 19).

**Consumo de tabaco en los últimos 30 días**

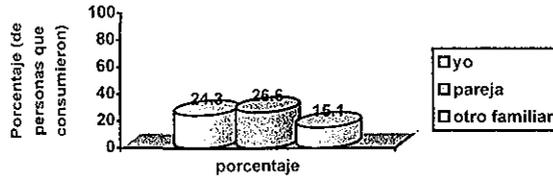


Figura 19. Muestra el porcentaje de personas que reportaron haber consumido tabaco en los últimos 30 días; n=259.

En la figura 20 se muestra la frecuencia de consumo reportada por los miembros de la comunidad. Se puede observar que el mayor porcentaje lo representa el consumo diario.

**Porcentaje en el consumo de tabaco**

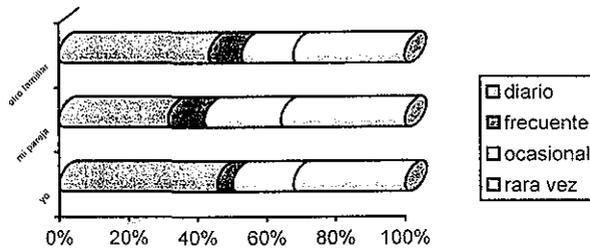


Figura 20. Muestra el porcentaje de consumo de tabaco; n=90.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

En la figura 21 se muestra la edad de inicio en el consumo de tabaco. Se puede observar que el 54% de los consumidores se iniciaron entre los 12 y 17 años de edad y que el 43% lo hizo entre los 18 y 24 años.

### Edad de inicio en el consumo de tabaco



Figura 21. Muestra el porcentaje de personas de acuerdo a la edad de inicio; n=79.

En la figura 22, se pueden observar las razones por las que los entrevistados reportan haber iniciado su consumo. Se muestra que el 77% inicio por curiosidad.

### Razones para el inicio en el consumo de tabaco



Figura 22. Muestra el porcentaje de razones reportadas para el inicio en el consumo de tabaco; n=72.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En la figura 23, se muestra las razones por las cuales los entrevistados reportan haber seguido consumiendo tabaco. Se puede observar que el 53% lo hace sin una razón aparente y el 23% por gusto.

**razones para continuar el consumo de tabaco**



Figura 23. Muestra el porcentaje de razones reportadas para continuar con el consumo de tabaco; n=106.

En la figura 24, se muestran los problemas de salud como resultado del consumo de tabaco. Se observa que el 48% de los entrevistados presenta tos y el 45% garganta irritada.

**problemas de salud como resultado del consumo de tabaco**

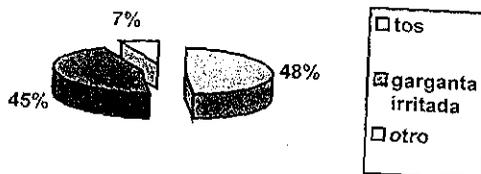


Figura 24. Muestra el porcentaje de problemas de salud reportados como resultado de consumo de tabaco n=29.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

En la figura 25, se muestran los problema sociales como resultado del consumo de tabaco. Se observa que el 60% de los entrevistados reportan problemas de pareja y el 20% familiares.

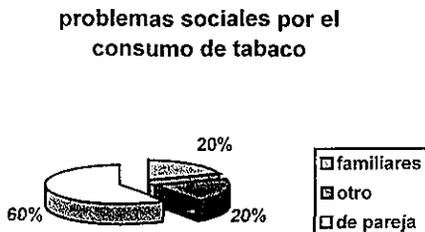


Figura 25. Muestra el porcentaje de problemas sociales reportados por el consumo de tabaco; n=10.

Las siguientes gráficas muestran la forma de consumo de drogas de los miembros de las diversas comunidades, donde se puede observar (Ver figura 26) que el 22.4% de los entrevistados reportan haber consumido drogas alguna vez en su vida, el 5% de los mismos reportó que sus parejas lo hicieron alguna vez y el 4.6% reporta que algún familiar lo hizo.

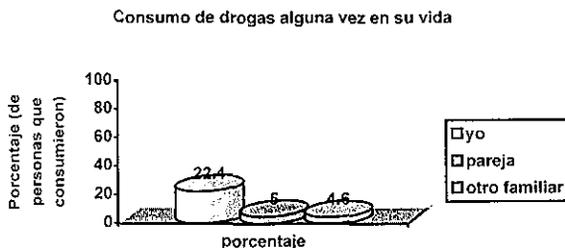


Figura 26. Muestra el porcentaje de personas que reportaron haber consumido drogas alguna vez en su vida; n=259.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

Sin embargo, la figura 27 muestra que solo el .8% de los entrevistados reporta haber ingerido drogas en los últimos 30 días.

**Consumo de drogas en los últimos 30 días**

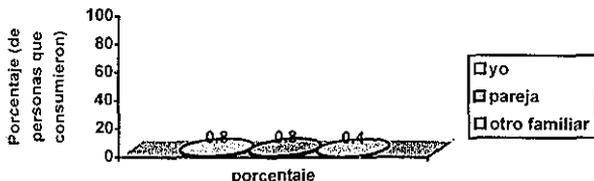


Figura 27. Muestra el porcentaje de personas que reportaron haber consumido drogas en los últimos 30 días; n=259.

En la figura 28, se muestra el tipo de droga ingerida. Se puede observar que el consumo de cocaína es muy elevado, 19.3% en el caso del entrevistado y 1.5% en otros familiares, así como el de marihuana, 3.5% en el caso de la pareja y 2.5% en el de otro familiar.

**Tipo de droga consumida**

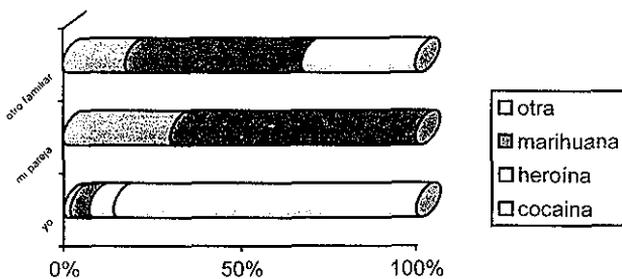


Figura 28. Muestra el porcentaje de acuerdo al tipo de sustancia consumida; n=22.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En la figura 29, se muestra la edad de inicio en el consumo de drogas. Se puede observar que el 57% de los consumidores se iniciaron entre los 18 y 24 años de edad y que el 43% lo hizo entre los 12 y 17 años.

### Edad de inicio en el consumo de drogas



Figura 29. Muestra el porcentaje de acuerdo a la edad de inicio de consumo de drogas; n=7.

En la figura 30, se pueden observar las razones por las que los entrevistados reportan haber iniciado su consumo. Se muestra que el 72% inicio por curiosidad.

### Razones para el inicio en el consumo de drogas



Figura 30. Muestra el porcentaje de razones reportadas para el inicio en el consumo de sustancias; n=7.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue conocer las formas de consumo de sustancias de los miembros de la comunidad (frecuencia, cantidad, ocasiones, circunstancias).

De acuerdo con el primero de los objetivos específicos los resultados mostraron que las problemáticas reportadas con mayor frecuencia por la comunidad fueron el pandillerismo, el consumo de alcohol y el consumo de drogas. Este hallazgo, confirma que dentro de las problemáticas sociales que se presentan con mayor frecuencia se encuentran el consumo de alcohol y otras drogas, tal como se reporta en encuestas nacionales de adicciones, (ENA, 1997; 1999). Aunque la muestra con la que se trabajó no resulta representativa de la población o comunidades meta, tal resultado señala la importancia de combatir las conductas relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en tales comunidades; De tal manera que a través de la evaluación e intervención efectiva y oportuna de dichas problemáticas se podría incidir en la reducción de la frecuencia, cantidad y ocasiones de consumo de sustancias, tal como lo señalan los diversos reportes realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978; 1979; 1986; 1988; 1991; 1997; 2000).

Dentro de los resultados del estudio, se encontró que una tercera parte de los entrevistados habían consumido alcohol en el último año, que una décima parte lo consumió en el último mes y que un bajo porcentaje lo había consumido en la última semana. Estos datos no coinciden, necesariamente, con la información que señala que en México el consumo de alcohol es alto ya que solo una tercera parte de la población entrevistada señaló consumir en exceso (más de 5 copas por ocasión). Dicho resultado, podría explicarse, nuevamente, por la forma en que se realizó el muestreo, ya que de acuerdo con el procedimiento de trabajo, los participantes fueron en su mayoría mujeres; Tal hecho se debió a que durante la aplicación los instrumentos se aplicaron a través de grupos focales y de discusión conformado por aquellas personas que estaban interesadas en participar en el desarrollo y avance de su comunidad. De esta manera, participaron, principalmente mujeres, ya que los hombres solían salir a la comunidad para realizar sus actividades de trabajo.

Con respecto a otro de los objetivos de trabajo, los datos coinciden con la información relacionada a la edad de inicio al consumo de alcohol, la cual fue entre los 12 y 17 años para casi la mitad de los entrevistados y entre los 18 y 24 para el resto (ENA, 1997). Cerca del 50% de los sujetos reportaron haber iniciado el consumo en reuniones o fiestas y haber continuado por gusto (ENA, 1997). A pesar de ellos, más del 60% reportan presentar problemas de salud agudos por su consumo y el resto crónicos. Mas de la mitad de los usuarios reportan tener problemas familiares y de pareja. Nuevamente, tal resultado coincide con la necesidad de instrumentar programas de intervención efectivos en reducir el consumo de alcohol de las comunidades en estudio, por medio de la instrumentación de conductas alternativas efectivas que combatan la presentación

de conductas adictivas, (Higgins, 1998; Ayala, 1992), ya que tales conductas parecen adquirirse por patrones de aprendizaje desadaptativos.

En cuanto al consumo de tabaco, casi la tercera parte reportó haber fumado en el último año y en el último mes. Alrededor del 40% de estos sujetos, fuma diariamente. Nuevamente, la edad de inicio se concentra, en mas de la mitad de ellos, entre los 12 y 17 años, el resto entre los 18 y 24. De ellos más del 70% inicio su consumo por curiosidad lo cual coincide con lo reportado por varios autores, (Biddle y Cols., 1980; Margulies, Kessler y Kandel, 1977). Todos los sujetos reportan problemas de salud por su consumo y cerca del 80% problemas familiares por el mismo. Este hecho resulta relevante debido a las consecuencias físicas y sociales que representa el consumo de tabaco.

Con respecto al consumo de drogas, más del 20% reportó haber probado alguna droga en alguna ocasión en su vida, sin embargo menos del 1% reportó haber consumido en los últimos 30 días. Nuevamente, la distribución por género, de la muestra se relaciona con este hecho. De tal manera que tener una muestra equiparada en género, incrementaría la probabilidad de encontrar un índice más alto y realista del consumo de sustancias en las comunidades. No obstante, a este hallazgo, casi el 20% de los entrevistados reportaron haber consumido cocaína, y menos del 5% marihuana (ENA, 1997; 1999). Nuevamente, la edad de inicio se concentra entre los 12 y 24 años de edad y más del 70% reportan haber comenzado por curiosidad.

Los resultados indican que las comunidades evaluadas, padecen una serie de problemáticas, que aunque no en un porcentaje elevado, sí se requiere la intervención efectiva del profesional encargado de cambiar no solamente los patrones de comportamiento adictivo, sino aquellos que pueden funcionar como situaciones de riesgo para el consumo, como los son los estilos de afrontamiento, el manejo del tiempo libre, los hábitos alimenticios y los niveles de expresividad. La intervención temprana del Psicólogo permitiría no solamente la modificación de tales patrones de comportamiento (OMS, 1978; 1979; 1986; 1988; 1991; 1997; 2000), sino la reducción a mediano y largo plazo de los patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas, permitiendo a su vez la reducción en los problemas de salud y problemas sociales que conllevan tales problemáticas, así como el desarrollo de las comunidades y sus individuos.

## LIMITACIONES

Una de las limitaciones más fuertes de este estudio se refiere al muestreo no aleatorio, que no podía realizarse por las características del procedimiento de estudio, el cual consistía en trabajar con aquellas personas que mostraran interés en la mejoría de las condiciones de vida de su comunidad. Tal hecho afectó no solamente la transferencia de los resultados a toda la población si no que además promovió la identificación de bajos niveles de consumo en la comunidad.

No obstante que se evaluaron los patrones de consumo, la edad de inicio, las razones para su inicio y la continuación de este, el estudio no permitió identificar detalladamente los factores asociados con el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias. De tal manera que sería relevante desarrollar un estudio correlacional causal, que evalúe una amplia gama de factores que se reportan en la literatura como relacionados con el uso de alcohol y otras drogas.

## **HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS**

Existen una serie de habilidades y competencias que se adquirieron a lo largo del desarrollo de este ejercicio. Entre ellas se encuentran las competencias adquiridas para la creación de instrumentos de evaluación diagnóstica en comunidades. De la misma manera, el ejercicio permitió la adquisición de competencias para el contacto con los miembros de las comunidades a través de la realización de procedimientos de mapeos ecológicos y de formación de grupos focales y de discusión. Todo ello a través de la actualización con relación a los procedimientos actuales para el desarrollo de procedimientos de evaluación de grupos comunitarios.

Otra de las habilidades adquiridas consistió en el manejo de grupos focales y de discusión para la realización de evaluaciones lo más adecuadas posibles con relación a las problemáticas sociales que aquejan a las comunidades. Del mismo modo, el estudio permitió, establecer habilidades para la organización de resultados y el manejo estadístico de los mismos.

Finalmente, se considera que el hecho de organizar el presente estudio, permitió identificar y procurar mejorar las habilidades para la generación y desarrollo de proyectos de investigación.

## **II. Desarrollo de programas preventivos de habilidades a nivel individual en comunidades, relacionadas con futuras conductas adictivas en los individuos**

En el presente apartado, se presenta la instrumentación de una serie de intervenciones psicológicas desarrolladas con la finalidad de incidir en aquellas habilidades de los individuos tales como la solución de problemas (específicamente, comunicación), los estilos de crianza saludables y la relajación para el control del enojo, que les permitan prevenir el desarrollo de conducta poco adaptativa, como lo podría ser el consumo de alcohol y otras sustancias.

Así mismo se presenta el desarrollo de un proyecto de investigación desarrollado en co-autoría con el Dr. Héctor Ayala Velazquez, investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México, diseñado para la instrumentación de estrategias de desarrollo y empoderamiento comunitario, con la finalidad de prevenir conducta adictiva en las comunidades de estudio. Este proyecto, se plantea como un estudio longitudinal a desarrollarse en cinco años de trabajo comunitario y forma parte de un proyecto de equipo para la prevención primaria, secundaria y terciaria del consumo de alcohol.

### **Programas de Prevención Primaria para el Desarrollo de Habilidades de Solución de Conflictos, Estilos de Crianza Efectivos y Autocontrol de Enojo en Diversas Comunidades del Distrito Federal**

#### **ANTECEDENTES**

Con relación a todos los problemas de salud, es importante señalar que los modelos de intervención primaria se convierten en parte integral del sistema nacional de salud, ya que constituyen el núcleo principal del desarrollo socioeconómico de cualquier comunidad. Este tipo de intervenciones representan el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas; por lo tanto, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (OMS, 1978; 1979; 1986; 1988; 1991; 1997; 2000).

Frente al aumento en el consumo de alcohol y drogas, se ha mencionado la importancia de no descuidar la actividad preventiva ya que esta tiende a favorecer los estilos de vida saludables reduciendo la probabilidad de ocurrencia de conductas dañinas como el consumo de drogas. Ante la multiplicidad de factores implicados en el uso de drogas se hace imprescindible establecer estrategias de prevención diversas: programas de información y educación, específicamente.

Para ello, resulta importante recordar que dentro de los factores de riesgo mencionados en el apartado anterior, se encuentran las características personales y los antecedentes del individuo. En este sentido, los problemas de conducta durante la infancia han sido altamente relacionados al desarrollo de conducta

antisocial durante la adolescencia y la edad adulta, entre los que se encuentran el consumo de alcohol y otras sustancias, (Ayala, Fulgencio, Chaparro & Pedroza, 2000; West y Farrington, 1973). Con relación a esto, dentro de los factores asociados con el desarrollo de problemas de conducta se encuentran los estilos de crianza utilizado por los padres de estos niños, (Ayala, Chaparro, Fulgencio, Pedroza, Morales, Pacheco, Mendoza, Ortiz, Vargas, y Barragán, 2001).

En este mismo sentido, debe recordarse que existe investigación que demuestra que existen características individuales, que interactúan con demandas ambientales o situacionales, logrando así vencer la habilidad que tiene una persona para resolver efectivamente dichas situaciones, (O'Leary, O'Leary y Donovan, 1976); tales habilidades se relacionan principalmente con las habilidades de comunicación de los individuos (Moos, 1984) y con el consumo futuro de sustancias.

Así mismo, otro factor asociado con conducta adictiva se refiere a las experiencias tempranas, tanto directas como vicarias con el alcohol y otras drogas, dentro de un contexto social y familiar altamente permisivo, (Biddle y Cols., 1980; Margulies, Kessler y Kandel, 1977).

Dados dichos factores se instrumentó un grupo de programas de intervención primaria para el desarrollo de habilidades tales como estilos de crianza efectivos, habilidades de comunicación y habilidades de autocontrol, todas ellas relacionadas con la alta probabilidad de desarrollar conductas adictivas.

## MÉTODO

### *Objetivo general*

El objetivo del presente estudio consistió instrumentar de diversos planes de intervención relacionados con la adquisición de habilidades de solución de problemas, estilos de crianza y autocontrol efectivas, desarrollando la capacidad y habilidades de los miembros del grupo para generar y mantener cambios benéficos en sus propias comunidades.

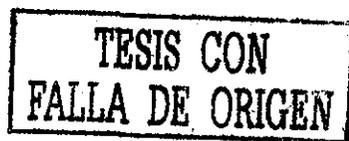
### *Objetivos específicos*

1. Que los individuos de las comunidades conozcan las habilidades de comunicación, estilos de crianza y de autocontrol efectivas.
2. Que los individuos incrementen el porcentaje de ocurrencia de las habilidades de comunicación a través del entrenamiento conductual de estas.
3. Que los individuos incrementen el porcentaje de ocurrencia de las habilidades de crianza a través del entrenamiento conductual de ellas.
4. Que los individuos incrementen el porcentaje de tiempo de interacción con sus hijos.

5. Que los individuos reduzcan la tensión percibida por medio de la instrumentación de procedimientos de relajación por respiración, tensión – distensión e imaginiería.

#### *Variables*

- Puntaje de calificación en los cuestionarios de conocimientos sobre comunicación, estilos de crianza y autocontrol
- Porcentaje de ocurrencia de habilidades de comunicación
  - a) Contacto visual
  - b) Oraciones en primera persona
  - c) Frases cortas y concretas
  - d) Tono de voz adecuado
- Porcentaje de ocurrencia de habilidades de crianza
  - a) Cantidad de tiempos de interacción con sus hijos
  - b) Habilidades de seguimiento instruccional
  - c) Elogio contingente
  - d) Habilidades de interacción social
  - e) Habilidades de establecimiento de reglas
  - f) Ignorar conducta inapropiada
- Índice promedio de estrés percibido
- Porcentaje de satisfacción con las metas, procedimientos y resultados de la intervención.



#### *Muestreo*

La selección de la muestra no fue aleatoria, debido a que los sujetos de las 4 comunidades fueron invitados a participar en el estudio, de acuerdo a su interés por mejorar su calidad de vida en la comunidad

#### *Sujetos*

Se trabajó 25 sujetos de cuatro diferentes comunidades dentro del Distrito Federal, de nivel socio-económico medio bajo que reportaban interés en participar en los planes de intervención.

#### *Escenario*

Se trabajó en cuatro comunidades pertenecientes a los centros de salud de la Secretaría de Salud, distribuidas en la zona conurbana del distrito federal:

- Centro de Salud Portales; Delegación Benito Juárez

- Centro de Salud "Gustavo Rovirosa"; Delegación Coyoacán
- Centro de Salud "Dr. Gastón Melo"; Delegación Milpa Alta
- Centro de Salud "Margarita Chorne"; Delegación Coyoacán

En particular, se ha trabajado en los diversos centros de salud pertenecientes a las comunidades antes mencionadas; los cubículos variaban en tamaño pero todos estuvieron equipados con mesas móviles, sillas, pizarrón y una mesa o escritorio. En la comunidad de Milpa Alta, en particular, se trabajó en la casa de un Líder comunitario. Se contó con un patio de aproximadamente, 2 X 2 m<sup>2</sup>, equipado con un rotafolio y bancas de madera. En el Centro Rovirosa, se tuvo acceso a una cámara de doble vista de aproximadamente 2 x 2 m<sup>2</sup>.

### *Materiales*

Rotafolios  
 Trípticos  
 Carteles  
 Hojas blancas  
 Lápices

### *Instrumentos*

- Registros observacionales sobre conductas de comunicación, (Barragán, Morales, Barreto, Barragán y Ayala, 1998). Son registros de intervalo parcial de tiempo que evalúan el porcentaje de ocurrencia de categorías como: el contacto visual, oraciones en primera persona, frases cortas y concretas y tono de voz.
- Listas checables de conductas de solución de problemas, (Barragán, Morales, Barreto, Barragán y Ayala, 1998). Son listas cotejables que evalúan la ocurrencia de conductas tales como: Reconocimiento del problema, Declaración personal, solicitud de opinión, Generación de alternativas, negociación y consolidación de arreglos.
- Registros ACC. Registro semiestructurado que evalúa la ocurrencia de cualquier tipo de comportamiento, sus antecedentes y sus consecuencias, personas presentes, lugar y hora.
- Cuestionarios de conocimientos. Cuestionarios de conocimientos sobre las diferentes temáticas tratadas en los grupos de trabajo como comunicación, estilos de crianza, interacción familiar y social, y habilidades de autocontrol.
- Auto-registro de relajación. (Barragán, Cruz, Fulgencio, Barragán y Ayala, 1998). Formato donde el entrevistado señalaba en una escala del 1 (totalmente relajado) al 7 (Muy tenso), el nivel de tensión o relajación en el que se encontraba en ese momento.

## *Diseños*

Pre-post evaluación, donde pre se refiere a la evaluación previa y post a la evaluación posterior al plan de acción.

## *Procedimiento*

Después de realizar el diagnóstico comunitario (Ver estudio sección uno), se procedió a proporcionar a las comunidades la información recabada con respecto a las problemáticas sociales identificadas para posteriormente desarrollar y organizar grupos focales y grupos de discusión para la instrumentación de los diversos planes de acción.

A través de la planeación, los grupos de discusión establecieron la visión y misión del grupo. Lo que se refiere al establecimiento de metas del grupo de trabajo, relacionados con la adquisición de habilidades y conocimientos que permitieran prevenir universalmente la ocurrencia y crecimiento del consumo de alcohol y otras sustancias.

Por lo tanto, los planes de acción consistieron: 1) en identificar cambios específicos requeridos en las comunidades o en sistemas amplios y 2) en el establecimiento de los pasos necesarios para lograr esos cambios. En el plan de acción las diversas comunidades identificaron:

- Los cambios perseguidos por la comunidad o los sistemas (programas, políticas y prácticas nuevas o alteradas)
- Las acciones que lograrían los cambios deseados por la comunidad o los sistemas.
- Definir quienes realizarían tales acciones
- En qué momentos se realizarían las acciones
- Qué recursos se necesitarían para lograr que el trabajo se realice.

A lo largo de la organización y desarrollo de grupos focales, se identificó a los líderes principales, para promover que fueran ellos quienes dirigieran al grupo durante la adquisición de las habilidades.

Se contacto a las diversas organizaciones que podían prestar apoyo a los grupos a lo largo de la instrumentación de los planes de acción (Vg., Centro de Servicios de la Facultad de Psicología, Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro). Esto se debe a que los centros competentes necesarios para las organizaciones comunitarias, muchas veces, trascienden la variedad de misiones meta y especialidades en las cuales las personas trabajan. Así, se trabajó con sociedades comunitarias, con los que desarrollan proyectos y con las agencias gubernamentales para promover un cambio de las diversas

comunidades. Por lo tanto, el plan se enfocó en alentar el involucramiento de la comunidad.

Los mensajes a los diferentes miembros de la comunidad se realizaron de diferentes maneras. Por ejemplo, los mensajes dirigidos a los adolescentes fueron diferentes a los dirigidos a adultos. El plan incluyó una forma para comunicar las cosas buenas que ocurrían. Se compartió con las comunidades las historias exitosas y los perfiles de las personas que realizaban un buen trabajo.

Para la evaluación de los planes de acción se llevaron a cabo aplicaciones de cuestionarios de conocimientos pre-post y ensayos conductuales de evaluación antes de los planes de intervención, (Kirigin, Ayala, Braukmann, Brown, Minkin, Phillips, Fixsen & Wolf, 1986), donde se les presentaba a los sujetos situaciones análogas de interacción para que mostraran con que habilidades contaban. Dichas habilidades fueron medidas a través de las listas checables de observación directa.

Para la adquisición de habilidades se llevaron a cabo instrucciones verbales, modelamientos, ensayos conductuales, práctica positiva y retroalimentación.

Del mismo modo, se proporcionaban diplomas y recompensas sociales a aquellos grupos que comprobaban su mérito con esfuerzos continuos para consolidar a sus miembros.

Al finalizar las intervenciones, se realizaban, nuevamente las aplicaciones de los instrumentos de conocimientos y los ensayos conductuales de evaluación presentados en la situación previa.

## **Resultados**

El trabajo en comunidad involucró el desarrollo de programas que promovían estilos de crianza saludables que permitan la adquisición de habilidades de interacción adecuadas. Nuevamente, la premisa fue que aumentando los factores protectores (Habilidades de comunicación, estilos de crianza efectivos y control del estrés), se afectaba a su vez la probabilidad de incidir en futura problemática de consumo de sustancias. A continuación se presentan solo algunos de los resultados obtenidos, tanto en relación a la información proporcionada como a las habilidades modificadas y la satisfacción obtenida.

En la figura 31 se pueden observar los puntajes obtenidos en un grupo comunitarios respecto a los conocimientos obtenidos durante un plan de intervención relacionado con los estilos de vida y la interacción familiar. Como se

puede observar existe un incremento en los conocimientos después (87%) de la intervención con respecto al principio (85%).

### Respuestas correctas en la información

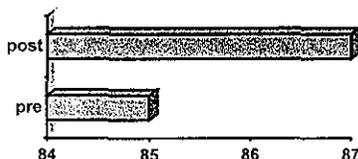


Figura 31. Muestra los porcentajes obtenidos en una prueba de conocimientos, antes y después del plan de intervención; n=25.

En la figura 32, se observan los puntajes relacionados con el conocimiento antes y después de la intervención con respecto a los estilos de crianza adecuados. Como puede observarse el promedio previo fue de 6.1 y el promedio final fue de 8.9.

### Puntaje promedio de conocimientos sobre estilos de crianza

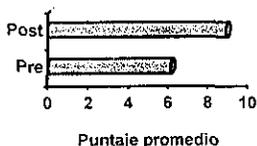


Figura 32. Muestra los puntajes promedio en los conocimientos de los individuos antes y después del plan de intervención; n=15.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En la figura 33, se pueden observar los porcentajes de ocurrencia de conductas de comunicación antes y después del plan de intervención en una de las comunidades. Como se puede observar la conducta de contacto visual incrementó de 65% a 78% después de la intervención, la conducta de oraciones en primera persona aumentaron de 10% a 25%, las frases cortas de 5% a 60% y el tono de voz adecuado de 15% a 48%.

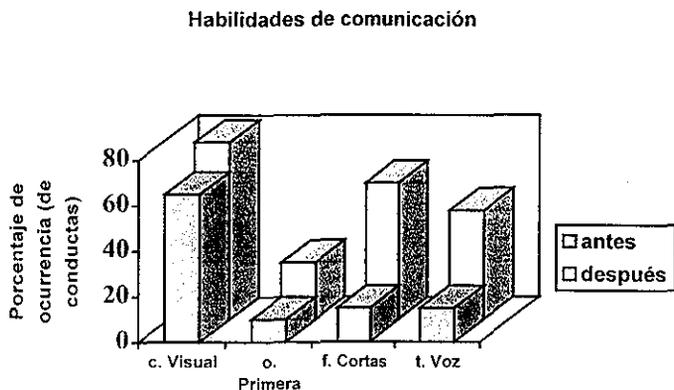


Figura 33. Muestra los porcentajes de ocurrencia de las conductas de comunicación antes y después del plan de intervención comunitario; n=10.

En la figura 34 se muestra el porcentaje de padres con respecto a la cantidad de tiempo que reportan pasar con sus hijos, antes y después del programa de intervención. Como se puede observar, antes de la intervención el 18% de los padres reportaban dedicar a sus hijos menos de media hora de tiempo, el 25% de ellos media hora, el 38% de ellos de 1 a 2 horas y el 19% más de tres horas. Después del plan de intervención, el 7% de los padres reportaron utilizar menos de media hora, el 19% media hora, el 37% de una a dos horas y el 37% más de dos horas.

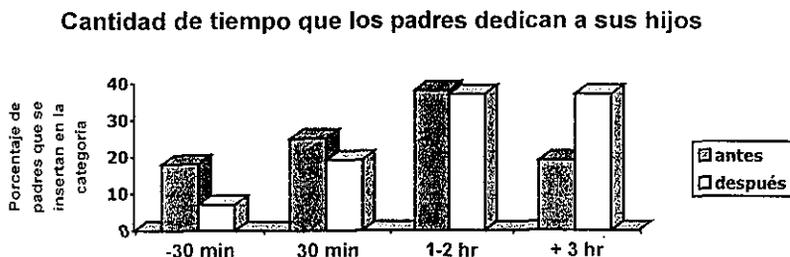


Figura 34. Muestra el porcentaje de padres que se insertan en las diferentes categorías: aquellos que dedica menos de 30 minutos, 30 minutos, entre 1 y 2 horas y los que dedican más de 3 horas a sus hijos, antes después de la intervención; n=25.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

La figura 35, muestra el porcentaje promedio de habilidades adquiridas por los participantes antes y después del plan de intervención. Como se puede observar, las habilidades de seguimiento instruccional incrementaron de 20% a 83%, después de la intervención; el elogio aumento de 0 a 80%, la interacción social aumentó de 20% a 50% después del plan de intervención, el establecimiento de reglas aumentó de 0 a 65% después de la intervención y el ignorar conducta inadecuada aumentó de 5% a 75% después del plan.

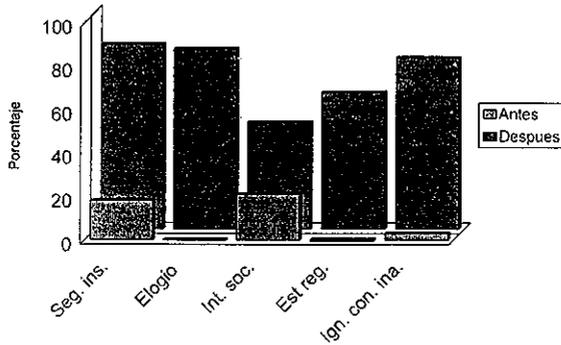


Figura 35. Muestra el porcentaje de ocurrencia de las habilidades de crianza adecuadas, antes y después del plan de intervención; n=15.

En la figura 36, se pueden observar los puntajes promedio en los índices de relajación antes y después del plan de intervención de acuerdo al tipo de ejercicio. De acuerdo con la grafica se puede observar que el índice promedio antes del ejercicio de relajación por respiración profunda fue de 2.6 y bajo a .14; antes del ejercicio de tensión-distensión el índice promedio fue de 1.8 y bajo a 1 (completamente relajado); Después del ejercicio de imaginaria el índice promedio fue de 2.8 y después de 1.6; Finalmente en los ejercicios combinados la tensión previa promedio 2.8 puntos y bajo a 2.

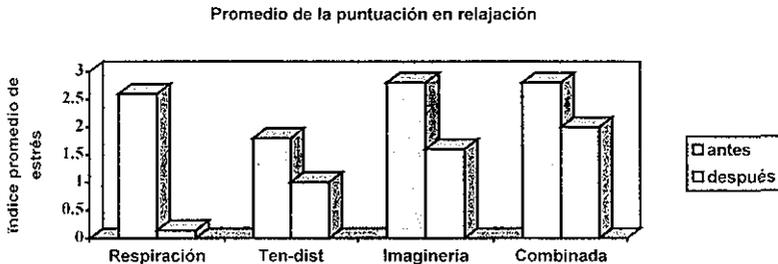


Figura 36. Muestra los índices promedio de tensión antes y después del plan de intervención de acuerdo a las diversas técnicas de relajación; n=20.



En la figura 37, se pueden observar el nivel de satisfacción de los miembros de la comunidad con los planes de intervención. Obsérvese que se obtuvo un 80.83% de satisfacción con las metas del programa, un 88.46 con los procedimientos del mismo y un 83.21 con los resultados obtenidos.

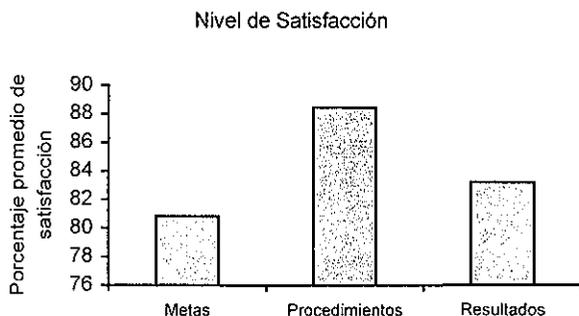


Figura 37. Muestra los porcentajes promedio de satisfacción con las metas, los procedimientos y los resultados después del plan de intervención; n=20.

## Discusión y conclusiones

El objetivo del presente estudio consistió instrumentar de diversos planes de intervención relacionados con la adquisición de habilidades de solución de problemas, estilos de crianza y autocontrol efectivas, desarrollando la capacidad y habilidades de los miembros del grupo para generar y mantener cambios benéficos en sus propias comunidades.

En este sentido, los resultados parecen indicar que los conocimientos adquiridos por los participantes de los programas incrementaron después de la instrumentación de los planes de intervención. Dicho beneficio, no es suficiente si no queda respaldado por la adquisición de habilidades relacionadas con tales conocimientos.

En este sentido y con respecto al primer objetivo específico, los resultados señalan que los participantes incrementaron el porcentaje de ocurrencia de las habilidades de comunicación a través del entrenamiento conductual de estas. Dicho aprendizaje fue evaluado a través de la instrumentación de ensayos conductuales de evaluación que reflejaban la capacidad de aplicación de las habilidades por parte de los participantes, (Kirigin, Ayala, Braukmann, Brown, Minkin, Phillips, Fixsen & Wolf, 1986). Evidentemente, un diseño de caso único resultaría ser el óptimo para afirmar que los cambios en la adquisición de habilidades se debieron al plan de intervención. No obstante, este estudio resulta ser un intento preliminar exitoso por instrumentar planes de intervención comunitaria para la adquisición de habilidades relacionadas con futura problemática de consumo de sustancias, tal como lo señalan diversos estudios que reportan dicha correlación, (Ayala, Fulgencio, Chaparro & Pedroza, 2000; West y Farrington, 1973).

Del mismo modo las habilidades entrenadas a través del resto de los planes de intervención fueron evaluadas a través del mismo tipo de diseño. Los resultados señalan que con respecto a las habilidades de crianza, se reportó un incremento en el tiempo que los padres dedicaban a interactuar con sus hijos después de la intervención.

Los resultados también parecen indicar que el entrenamiento conductual fue efectivo para desarrollar habilidades de manejo conductual, así como de interacción positiva padre-hijo, a través del uso del modelamiento, juegos de roles, retroalimentación y práctica positiva. Se enseñó a los participantes a observar cuidadosamente su propia conducta y la de sus hijos, a usar elogios consistentes u otros tipos de reforzamiento de la conducta prosocial, a no utilizar castigos físicos para controlar la conducta de los niños y a negociar las reglas de disciplina con éstos. De acuerdo con autores como Graziano & Diament, (1992), las técnicas de entrenamiento conductual resultaron efectivas para la adquisición de dichas habilidades.

Del mismo modo, los resultados parecen señalar que el procedimiento de medición basado en juego de roles puede ser efectivo en detectar cambios conductuales a través del tiempo, (Kirigin, Ayala, Braukmann, Brown, Minkin, Phillips, Fixsen & Wolf, 1986). Además de que permiten retroalimentar al participante para modificar sus procedimientos de control hasta mejorar su calidad de interacción.

Los resultados relacionados con la satisfacción con las metas de los miembros de las comunidades, los procedimientos utilizados y los resultados parecen indicar una satisfacción elevada de los mismos, lo que pareciera ser un buen indicador para la adopción de los planes de intervención.

No obstante la adquisición exitosa de las habilidades planteadas, el estudio no permitió evaluar la generalidad y adopción de los planes por parte de los miembros de la comunidad. Es decir, no se llegó al punto de desarrollar planes de adopción de los programas de intervención, sino solo de instrumentar los planes con los participantes interesados. Un estudio posterior podría evaluar el procedimiento de adopción de las técnicas por parte de la comunidad, a través de la participación instruccional de los líderes comunitarios.

Así mismo, el estudio no permitió evaluar la posible incidencia de la adquisición de habilidades de comunicación, estilos de crianza y control del enojo sobre el nivel de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias en la comunidad. No obstante, estudios posteriores de corte longitudinal permitirían evaluar tal efecto.

### **LIMITACIONES**

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran los diseños de investigación utilizados, que no permiten afirmar con seguridad que la adquisición de las habilidades de los participantes sean efecto de los procedimientos de intervención. Otra de las limitaciones consistió en la carencia de procedimientos para evaluar los efectos de los planes de intervención para la adquisición de habilidades sobre el nivel de consumo de alcohol y otras sustancias dentro de la comunidad.

### **HABILIDADES Y COMPETENCIAS DESARROLLADAS**

El desarrollo y aplicación de este ejercicio permitió adquirir una serie de habilidades y competencias entre las que se encuentran, primero, la planeación de estrategias de evaluación de tipo pre-experimental, con una modalidad diferente a la simple evaluación de conocimientos. Segundo, se adquirieron competencias de el manejo de grupos que tenían como objetivo adquirir habilidades de comunicación, estilos de crianza y autocontrol efectivas. Así mismo, se adquirió la competencia para identificar casos de participantes con problemáticas, ya desarrolladas para llevar a cabo su adecuada canalización. Finalmente, a través de este ejercicio, se adquirieron habilidades para la

planeación y desarrollo de planes de intervención dentro de la comunidad con énfasis preventivo.

## **Proyecto de Investigación: Desarrollo y Movilización Comunitaria para la Prevención Primaria de Comportamientos Adictivos en la Comunidad**

### **ANTECEDENTES**

Una nueva ciencia de la prevención esta evolucionando de manera rápida (Coie y cols. 1993; Mrazek & Haggerty, 1994). La investigación sobre prevención se ha planteado una amplia gama de preguntas de investigación científica tanto a nivel básico como aplicado, las cuales se intentan contestar de acuerdo a una diversidad de abordajes metodológicos. En un extremo del continuo, los investigadores en prevención llevan a cabo investigación psico-social básica para estudiar el desarrollo de desordenes tales como abuso del alcohol, abuso de drogas, enfermedad mental y delincuencia. Por otro lado, se hace énfasis en comprender los precursores de conducta no adaptativas (v.g. actividad sexual insegura, deserción escolar) cuyas consecuencias pueden alterar el potencial de convertirse en un adulto sano. En cada caso, el enfoque central ha sido en la identificación de signos tempranos de dificultades y sobre el surgimiento de secuencias o etapas de desarrollo de los desordenes o conductas de inadaptación. Esta investigación psico-social básica proporciona la base formativa para el diseño de intervenciones preventivas tempranas. Por otro lado, ayuda a identificar los factores de riesgo asociados con el individuo, la familia, el grupo de pares, la escuela y el vecindario que pueden contribuir a desarrollo de tales desordenes psicológicos. También ayuda a identificar los factores protectores que se asocian con estas influencias que pueden prevenir el desarrollo de los desordenes psicológicos o promover el desarrollo de comportamientos saludables.

Como parte de las acciones primordiales que deben llevarse a cabo en la investigación sobre prevención esta la desarrollar una robusta base conocimientos para la identificación de factores de riesgo y factores protectores así como también sobre el diseño, evaluación y diseminación de intervenciones. Esta base de conocimientos, incluiría intervenciones que realzan el impacto de los factores protectores o mas tradicionalmente, intentan mitigar el impacto de los factores de riesgo (Price, 1983).

En los últimos años, los programas de movilización y empoderamiento comunitario y prevención universal, se han enfocado en la instrumentación de intervenciones para la solución temprana de problemas de salud tales como enfermedades cardiovasculares y consumo de sustancias adictivas (Hawkins & Catalano, 1992; Samuels, 1990). El interés en el ámbito de las adicciones, surge a partir de la alta incidencia en la morbilidad y mortalidad asociada con el consumo de sustancias, así como por su elevada incidencia en menores de edad, (Department of Health and Human Services, 1997; Blincoe, 1996; Jones y Boyle, 1996).

En este sentido, los estudios orientados a la prevención universal en el consumo de sustancias adictivas, han instrumentado, básicamente, programas educativos e informativos. No obstante, se han diseñado programas de intervención comunitaria orientados hacia la prevención universal de conductas adictivas basados en la participación de los miembros y líderes de la comunidad, (Fawcett, Paine-Andrews, Francisco, Schultz, Richter, Lewis, Williams, Harris, Berkley, Fisher y Lopez, 1995; Putman, 1993).

Los modelos comunitarios para la prevención universal en materia de adicciones, se centran en la evaluación del contexto en el que se desenvuelven los individuos, identificando los factores de riesgo y protectores que se relacionan con el consumo de sustancias adictivas que incide en las comunidades (Fawcett, Paine-Andrews, Francisco, Schultz, Richter, Lewis, Williams, Harris, Berkley, Fisher y Lopez, 1995). A partir de la identificación de estos factores, los programas de desarrollo comunitario pretenden movilizar y empoderar a los miembros del grupo para generar y mantener cambios benéficos en sus propias comunidades (Fawcett, White, et al., 1994; Chavis & Wandersam, 1990; Zimmerman, 1990; Zimmerman & Rappaport, 1988; Fawcett, Seekins, Whang, Muiu, & Suarez-Balcazar, 1982; Rappaport, 1981; McCarthy & Zald, 1977) .

Los diversos programas reportados por la literatura señalan una serie de componentes o elementos básicos para la movilización y empoderamiento de los integrantes de la comunidad. El primer componente consiste en la evaluación del Contexto Comunitario y la Planeación colaborativa, (Porter, 1997; Thomas, 1997; Stone, 1996; Blakely, 1994; Fawcett, et al, 1993; Green y Kreuter, 1991; Price, 1983). En esta área, se han empleado procedimientos tales como los mapeos ecológicos-sociales, las reuniones de reflexión con los integrantes de la comunidad, la planeación y realización de grupos focales así como la elaboración de entrevistas y cuestionarios formales e informales con líderes y miembros de la comunidad.

Un segundo componente lo constituye la Acción Comunitaria e Intervención, (Fawcett, et al, 1993; Green y Kreuter, 1991; Price, 1983). Diversos autores han planteado la importancia de que los integrantes de los grupos y las diversas organizaciones se reúnan para identificar y desarrollar la visión del grupo, su misión, sus objetivos, sus estrategias y sus pasos para la acción en el ámbito de las adicciones.

Los modelos de movilización y empoderamiento comunitario plantean como tercer componente a los Sistemas de Cambio. Los planes de acción se llevan a cabo en colaboración con las sociedades comunitarias y con las agencias gubernamentales que desarrollan y aplican proyectos en la comunidad, (Fawcett, et al, 1993; Green y Kreuter, 1991). Es decir, se plantea la formación de coaliciones con diversos grupos de gente, líderes y organizaciones para transformar las condiciones generales planteadas por el grupo.

Con la finalidad de prolongar la duración de los cambios logrados, los diversos autores plantean como cuarto componente el incremento en los Factores de protección dentro de la comunidad y el decremento de los Factores de riesgo que las personas tienen que enfrentar; tales cambios deben ser llevados a cabo a través de la movilización de los propios miembros de la comunidad, (Price, 1983; Fawcett et al, 1995).

El quinto componente de los programas es la promoción de Resultados a Largo Plazo, (Wilkinson, 1996; Putman, 1993; Fawcett, et al, 1993; Green y Kreuter, 1991; Steckler & Goodman, 1989). El efecto de los resultados a largo plazo se observan a través de los indicadores de nivel sobre la incidencia y prevalencia tanto del consumo de sustancias como de aquellos factores y consecuencias asociadas con su ocurrencia. La instrumentación de tales medidas le permite a los integrantes de la comunidad conocer cual ha sido el impacto de los planes de acción desarrollados sobre los indicadores de nivel y cuáles son los nuevos procedimientos a seguir para alcanzar aquellas metas establecidas aún no alcanzadas por los miembros del grupo.

Finalmente, un componente adicional de los modelos de movilización y empoderamiento comunitario lo constituye la Institucionalización y Diseminación del programa, una vez que ha probado su efectividad (Fawcett, et al, 1993; Green y Kreuter, 1991; Price, 1983). Ambos procedimientos permiten la adopción del programa de prevención universal por parte de los miembros del grupo y por los profesionales pertenecientes a la comunidad.

Los diversos modelos de movilización y empoderamiento, han reportado la efectividad de los programas y planes de acción al incluir cada uno de los componentes descritos. En particular, la instrumentación de los modelos de desarrollo comunitario han promovido la planeación de acciones específicas, desde las etapas tempranas de consumo hasta su uso cotidiano y abuso de sustancias, (National Highway Traffic Safety Administration, 1998).

Considerando la incidencia y prevalencia de las adicciones en México, se requiere el desarrollo e instrumentación de programas de movilización y empoderamiento comunitario, que permitan diseñar intervenciones preventivas universales adecuadas al contexto de las comunidades rurales y urbanas que nos caracterizan. La instrumentación de dichos programas implica la adaptación de los procedimientos de acuerdo a la cultura de nuestro país y a los tipos de factores de riesgo y protectores que inciden en nuestra sociedad.

## **METODO**

### *Objetivo General*

El objetivo del proyecto es desarrollar y evaluar un programa de movilización y empoderamiento comunitario para la prevención primaria de comportamientos adictivos en zonas rurales y urbanas.

### *Objetivos Específicos*

I. Desarrollar e instrumentar la evaluación del contexto comunitario rural y urbano sobre los factores de riesgo y protectores asociados al consumo de sustancias adictivas.

II. Recopilar, organizar y describir los datos recabados por los diversos estudios epidemiológicos de las organizaciones existentes en la comunidad, sobre los factores asociados, el consumo y las consecuencias del mismo.

III. Movilizar y empoderar a los miembros de las comunidades rurales y urbanas en la aplicación de planes de acción comunitaria para la prevención universal de las adicciones.

IV. Desarrollar y validar instrumentos que permitan evaluar cuantitativamente el efecto y mantenimiento de los programas de acción comunitarios en zonas rurales y urbanas.

V. Medir y evaluar el impacto de los planes de acción por medio de la identificación del nivel de los indicadores relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas a lo largo de cinco años.

VI. Diseminar y difundir los hallazgos y resultados del programa de movilización y empoderamiento comunitario a través de la publicación de artículos en revistas científicas y de la participación en eventos académicos nacionales e internacionales.

VII. Elaborar un Manual para la Instrumentación del Programa movilización y empoderamiento comunitario para la prevención primaria de comportamientos adictivos en comunidades rurales y urbanas.

### *Variables*

- Patrón de consumo. El patrón de consumo de alcohol y otras drogas se medirá a partir de Encuestas de Consumo, obteniendo los datos de la última semana, el último mes y el último año, tipo de bebida o droga y cantidad consumida.
- Incidencia del consumo de alcohol. Provenientes de las instituciones pertenecientes a las comunidades rurales y urbanas y la aplicación de encuestas comunitarias.
- Prevalencia del consumo de alcohol Provenientes de las instituciones y la aplicación de encuestas comunitarias.
- Incidencia de consumo de drogas. Provenientes de las instituciones y la aplicación de encuestas comunitarias.
- Prevalencia de consumo de drogas. Provenientes de las instituciones y la aplicación de encuestas comunitarias.

- Número de accidentes relacionados con el consumo de alcohol. Provenientes de las instituciones y la aplicación de encuestas comunitarias.
- Número de accidentes relacionados con el consumo de drogas. Provenientes de las instituciones y la aplicación de encuestas comunitarias.
- Morbilidad relacionadas con el consumo de alcohol. Provenientes de las instituciones y la aplicación de encuestas comunitarias.
- Mortalidad relacionadas con el consumo de drogas. Provenientes de las instituciones y la aplicación de encuestas comunitarias.
- Morbilidad relacionadas con el consumo de alcohol. Provenientes de las instituciones y la aplicación de encuestas comunitarias.
- Mortalidad relacionadas con el consumo de drogas. Provenientes de las instituciones y la aplicación de encuestas comunitarias.
- Ocurrencia de conductas saludables. Los indicadores de funcionamiento psicológico se refieren a modos de afrontamiento y conductas de riesgo y protectoras, a partir de la aplicación de la "Escala de Salud y Vida Cotidiana" (Moos, 1984) y del "Cuestionario de Estilos de Vida" del Programa de Construye tu vida sin Adicciones (CONADIC, 1998).
- Número de cambios comunitarios desarrollados a partir de los planes de acción. Se refiere al número de acciones implementadas por los miembros de la comunidad.
- Validación social de los planes de acción. Cuestionario de Satisfacción del Cliente.

### *Muestreo*

Se trabajará con una muestra no probabilística por cuota de los miembros que integran las diversas comunidades marginales urbanas y rurales dentro del Distrito Federal.

### *Escenario*

Comunidades Marginales urbanas y rurales del Distrito Federal. Las comunidades correspondientes se localizan en las siguientes colonias:

- Barrio San Francisco Xicaltongo
- Barrio Santiago Norte
- Centro Urbano Presidente Alemán
- Col. Pedregal de Sta Ursula
- Col. Sto. Domingo
- Col. Piloto
- Col. El Rodeo
- Col Ampliación Candelaria
- Col. El Rosario

- Col. San Pablo Tepetlapa
- Col Ruiz Cortínez
- Col. El Reloj
- Col Ajusco Huayamilpas
- Pueblo Sn. Antonio Tecomitl
- Culhuacán

### *Instrumentos*

- Ficha de identificación y cuestionario Socio-económico.
- Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana (Moos, 1977; Adaptado por Ayala 1995).
- Cuestionario sobre Formas de consumo (Morales y Ayala, 1999).
- Breve Escala de Dependencia al alcohol (Raistrick, 1986 ; Echeverría, Oviedo, y Ayala, 1998).
- Cuestionario sobre consumo de drogas.
- Cuestionario de Estilos de vida (Conadic, 1998).
- Registros de Observación directa para la Interacción social
- Listas Cotejables sobre Habilidades de negociación
- Escala de Satisfacción General (Meyers y Smith, 1995).
- Gráficas para la recopilación de los índices recabados en instituciones de salud.

### *Estudio*

Estudio de corte longitudinal de grupos cohorte durante 5 años.

### *Procedimiento:*

#### Fase I: Planeación Colaborativa

Inicialmente, el programa utilizará una serie de técnicas y estrategias con la finalidad de conocer los factores de riesgo y protectores asociados con un índice elevado de conductas adictivas dentro de las comunidades rurales y urbanas.

La primera fase del programa consistirá en la evaluación comunitaria relacionada con:

- a) La presencia o ausencia de conductas de riesgo y protectoras, así como el índice de consumo de alcohol y otras drogas;
- b) Identificación y contacto con los líderes comunitarios;
- c) Formación y manejo de grupos focales;
- d) Formación y manejo de foros de discusión comunitaria;
- e) Identificación y análisis de los problemas percibidos por la comunidad;

f) Planeación de estrategias de evaluación e instrumentación de planes de acción a través del apoyo proporcionado por parte de los líderes comunitarios, miembros de la comunidad y sociedades colaborativas existentes.

Por lo tanto, se planea capacitar a los aplicadores en:

- a) La planeación e instrumentación del Mapeo Ecológico social de las comunidades rurales y urbanas;
- b) En el desarrollo y aplicación de evaluaciones diagnósticas;
- c) En la recopilación y análisis de datos epidemiológicos provenientes de las diversas sociedades colaborativas de la comunidad para la identificación de indicadores del nivel sobre los problemas existentes dentro de la comunidad;
- d) En la organización y elaboración de reportes de los datos obtenidos; y
- e) En la formación y dirección de grupos focales y foros de discusión.

A partir de la evaluación diagnóstica sobre la situación actual de las comunidades rurales y urbanas, se identificarán los factores de riesgo y protectores relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas.

#### Fase II: Intervención

A partir de la evaluación del contexto en el que se desenvuelven los miembros de la comunidad, el programa de desarrollo comunitario promoverá la instrumentación del plan de acción a seguir. Los integrantes de los grupos y las diversas organizaciones se reunirán para identificar y desarrollar la visión del grupo, su misión, sus objetivos, sus estrategias y sus pasos para la acción; de tal manera que a partir de dicha planeación se obtengan diversos cambios en la comunidad.

Por lo tanto, la fase de intervención consistirá en la planeación e instrumentación del programa de auto-cambio dirigido a través de la participación y organización de los miembros de la comunidad, los líderes y las sociedades colaborativas. Es decir, se requerirá la colaboración de todos los miembros que integran las comunidades y de la instrumentación de habilidades de negociación por parte de los líderes y responsables del programa para la instrumentación del programa.

Para la instrumentación del programa se planea capacitar a los participantes en el desarrollo de planes de intervención, métodos de evaluación, manejo de grupos y elaboración de reportes de trabajo.

#### Fase III: Comunidad y Sistemas de Cambio

Esta fase consistirá en la evaluación y documentación exhaustiva de los diversos organismos que conforman los sistemas de cambio permanentes dentro de la comunidad.

Es decir, el programa de desarrollo comunitario instrumentará la participación de las agencias e instituciones insertas dentro de la comunidad para que proporcionen los recursos y apoyo necesarios a los miembros de la misma. El programa planea trabajar en colaboración con las sociedades comunitarias y con las agencias gubernamentales que desarrollan y aplican proyectos en la comunidad, para promover un mayor éxito en el cambio planeado en las diversas comunidades. El programa fomentará la formación de coaliciones con diversos grupos de gente y organizaciones para transformar condiciones generales que afectan el trabajo local.

En definitiva el programa de desarrollo comunitario se centrará en transformar el ambiente que caracteriza a la comunidad para aumentar las posibilidades de que ocurran conductas promotoras de salud y de desarrollo comunitario.

#### Fase IV: Factores Protectores y de Riesgo

La fase IV del programa consistirá en la planeación e instrumentación de conductas protectoras previamente identificadas como relacionadas con la prevención de conductas adictivas, así como en la reducción de los factores de riesgo identificados durante la evaluación.

La premisa bajo la cual funcionará el programa es que los cambios logrados por el grupo se mantengan por un espacio prolongado de tiempo, proporcionando a los individuos el ambiente necesario para que se generen conductas saludables. Para lograr tal objetivo, es necesario generar un incremento en los factores de protección dentro de la comunidad y un decremento de los factores de riesgo que las personas tienen que enfrentar.

Estos factores se refieren a aspectos del medio ambiente o conductas en las personas que hacen más factible (factores de riesgo) o menos factible (factores de protección) el que se pueda desarrollar un problema particular. Por lo tanto, dentro del programa se considera que el hecho de llevar a cabo cambios en el medio ambiente trae como consecuencia cambios amplios de conducta.

#### Fase V: Resultados y mejorías a largo plazo

Durante esta fase se considerará importante retomar aquellos indicadores de nivel comunitarios identificados durante la evaluación inicial. Es decir, se obtendrán y verificarán diversas medidas relacionadas con el índice de problemas y necesidades que afectan a la comunidad.

Uno de los objetivos fundamentales del programa y por ende de la sociedad conformada por los miembros de la comunidad, consistirá en mejorar los resultados a largo plazo, tales como reducir el consumo de sustancias.

Dentro del programa de desarrollo comunitario, los datos de los indicadores del nivel en la comunidad permitirán determinar cuanto progreso se ha logrado con relación a las metas finales. Por lo tanto, incluir los indicadores de nivel sobre las problemáticas existentes dentro de la comunidad y sobre los cambios importantes, le permitirá a los integrantes de la comunidad conocer cual ha sido el éxito del programa y cuáles son los nuevos procedimientos a seguir para alcanzar aquellas metas establecidas aún no alcanzadas por los miembros del grupo.

#### Fase VI: Diseminación e Institucionalización

La fase final del programa consistirá en la diseminación de los programas comunitarios validados por los miembros de la comunidad como efectivos para la reducción de los problemas comunitarios y fortalecimiento de conductas protectoras para la salud.

Para la diseminación e institucionalización será necesaria la evaluación de los programas en términos de su costo y sustentabilidad, así como la elaboración del mercadeo para la adopción exitosa del programa.

#### **HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS**

A través del desarrollo del presente proyecto de investigación en colaboración con el Dr. Ayala, se adquirieron una serie de habilidades y competencias entre las que se encuentran habilidades para la planeación de una mejor evaluación de los patrones de consumo dentro de una comunidad, así como competencias para la instrumentación de proyectos de investigación de corte longitudinal que permitan evaluar los efectos de intervenciones comunitarias sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, a través del tiempo.

### **III. Desarrollo de programas de detección temprana e intervención breve con énfasis cognitivo-conductual para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas.**

En el presente apartado se presenta la experiencia adquirida durante la aplicación del programa de Auto-cambio dirigido para bebedores problema desarrollado por Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell en 1997. Dicho programa fue aprendido, supervisado y monitoreado durante la residencia en el programa de adicciones.

El programa se aplicó en los casos de dos usuarios de alcohol. El primero de ellos es reportado en la Sesión Típica del Ejercicio Profesional, por lo que sugerimos remitirse a dicho apartado, (Ver Pag., ) y el segundo de ellos se presenta en la sesión actual.

#### **ANTECEDENTES**

Existen reportes de que solo el 30% de las personas que acuden a servicios de salud, presentan síntomas de severidad que se incrementan a través del tiempo. La mayoría de los casos, lo constituyen aquellos que tienen una historia de consumo que fluctúa entre periodos problemáticos por el alcohol, con consecuencias variadas y periodos de abstinencia o consumo limitado en el que no se presentan problemas (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

Es un hecho que existen una gran cantidad de personas que tienen problemas asociados a su consumo de alcohol pero que permanecen intactos en las demás áreas de su vida. A estos individuos se les conoce como "bebedores problema". El número de personas con estas características rebasa el de severos dependientes de alcohol. Existe evidencia de que cuando un usuario de este tipo asiste a tratamiento, no tiene el éxito deseado debido a que se utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos, (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998). Una aproximación promisorio para esta población sería aquella que establece a la moderación como meta de consumo, ya que se ha encontrado que bajo condiciones ambientales controladas los bebedores problema pueden limitar su ingesta.

Así mismo, debido a que este es un problema de salud pública, se observa la necesidad de desarrollar programas encaminados a minimizar los costos individuales y sociales producidos por esta población. En este sentido se han desarrollado programas de intervención breves y efectivos que permiten al usuario participar de manera directa en su tratamiento a través del establecimiento conjunto con el terapeuta de metas flexibles y realistas, incrementando así su nivel de motivación y la probabilidad de obtener resultados más efectivos a largo plazo. (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 1997).

En este sentido el programa de Auto-Cambio dirigido, ha tenido un impacto particular por su carácter de efectividad y de menor restricción. El programa presenta las siguientes características:

1. Es un programa motivacional para bebedores problema que no dependen físicamente del alcohol y que desean modificar su consumo.
2. Usualmente se ofrece en una modalidad de consulta externa.
3. Es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación, incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia.

Se le denomina de auto-control porque los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento con la asesoría de terapeuta, bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta que si esta es establecida únicamente por el terapeuta (Cooper, Heron, y Heward, 1987).

El modelo de auto cambio dirigido se basa en el involucramiento del usuario dentro de la planeación del tratamiento, de tal manera que esto permite facilitar la participación activa y constante del usuario, generando un escalonamiento de progreso hacia la meta a largo plazo. El programa se basa en la suposición de que ciertos factores del entorno son determinantes para obtener resultados exitosos (Ogborne, Sobell & Sobell, 1985). Es decir, un entorno de apoyo social está asociado con resultados positivos, así mismo la planeación del tratamiento considera que los factores del entorno podrían mejorar los efectos del tratamiento y que las interacciones individuo-entorno implican un análisis acerca de cómo el individuo codifica y reacciona ante su entorno.

Otra premisa básica del programa la constituye la utilización de los recursos del usuario de tal manera que el desarrollo de las metas de tratamiento están basadas en tales recursos, que permiten edificar habilidades de afrontamiento personalizadas y efectivas para promover cambios conductuales, (Moos, 1977; Lazarus y Launier, 1978; Folkman, 1984).

Un elemento básico del programa lo constituye el monitoreo del progreso durante la terapia, el cual se refiere a la conceptualización de la evaluación como un componente paralelo a todo el proceso de tratamiento que proporciona información valiosa acerca de eventos nuevos que ocurren durante el tratamiento y que proporcionan un esquema para evaluar el plan de tratamiento.

Otra premisa esencial en la que se basa el programa es la motivación para el cambio. Es decir se concibe a la motivación como el proceso interpersonal que involucra al terapeuta, al usuario y el medio ambiente (Miller, 1983). El incremento de la motivación para el cambio depende de la utilización de estrategias tales como el cambio en el consumo, el establecimiento de metas y la utilización de apoyos sociales para mejorar o mantener cambios.

Finalmente, el proceso de recaída y recuperación, se concibe como el elemento que enfatiza la identificación de situaciones que representa un alto riesgo de recaída y preparan al usuario a tratar efectivamente con estas situaciones; al entrenamiento del usuario para tratar constructivamente las recaídas que puedan ocurrir para minimizar consecuencias adversas; y el enseñar al usuario a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante (Marlatt y Gordon, 1985).

## INSTRUMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

### *Objetivo general*

Aplicar y evaluar el programa de auto-cambio dirigido para bebedores a dos usuarios de alcohol.

### *Objetivos específicos*

1. Reducir el consumo de alcohol y estabilizar el patrón de consumo, a partir de la instrumentación del programa.
2. Reducir el nivel de dependencia de los usuarios, después de la aplicación del programa.
3. Incrementar los índices de confianza situacional para el control de situaciones de riesgo de consumo de alcohol en los usuarios, al final del programa.

### *Variables*

- Cantidad de copas estándar consumidas semanalmente.
- Nivel de dependencia al alcohol
- Índice de confianza situacional ante situaciones

### *Primer Usuario*

Remitirse a la Sesión Típica del Ejercicio Profesional.

### *Segundo Usuario*

El segundo usuario fue un participante del género masculino de 27 años de edad, casado, que presentaba dependencia baja al alcohol. Pertenecía a un nivel socio-económico medio, con estudios de preparatoria. El usuario reportaba consumir alcohol. Reportaba que consumía alrededor de 10 copas estándar por ocasión, consumiendo cada copa en un lapso de 40 minutos con 15 minutos entre copa y copa. Consumía principalmente destilados. El usuario reportaba como precipitador principal la presión social. Los pensamientos principales eran la posibilidad de relajarse y estimularse socialmente. El reforzador que parecía mantener el consumo de alcohol era las relaciones sociales y el efecto físico del consumo. En cuanto a las consecuencias negativas del consumo se encontraban principalmente los problemas de pareja.

## Instrumentos

1. La entrevista conductual sobre el consumo de sustancias. Cuestionario de Lápiz y papel de 103 reactivos de respuesta abierta que evalúa los datos de identificación, el nivel socio-económico, la historia de consumo de alcohol y otras sustancias, los factores asociados al consumo, y un análisis funcional general de las conductas de consumo.
2. La Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Raistrick, 1986; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998). Cuestionario de lápiz y papel de 15 reactivos que evalúa el nivel de dependencia al alcohol. Los datos de confiabilidad test-retest fueron de 0.92. Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:
  - a) Una respuesta de nunca = 0
  - b) Una respuesta de algunas veces = 1
  - c) Una respuesta de frecuentemente = 2
  - d) Una respuesta de casi siempre = 3

Se obtiene un puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos:

- a) De 1 a 9 = Dependencia baja
  - b) De 10 a 19 = Dependencia media
  - c) 20 o más = Dependencia severa.
3. El Inventario de situaciones de riesgo (Annis, Graham, Davis, 1987; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998). Cuestionario de 100 reactivos de lápiz y papel, diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los reactivos están diseñados para medir ocho categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos: Situaciones personales, conformado de emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control y necesidad o urgencia por consumir y Situaciones que involucran a terceras personas que se subdivide en conflicto con otros presión social y momentos agradables. Cuenta con una escala de respuesta tipo likert de 4 opciones donde uno, es nunca, dos ocasionalmente, tres frecuentemente y 4 casi siempre bebía en exceso en esa situación.
  4. El Cuestionario de Confianza Situacional (Annis y Graham, 1987; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998). Cuestionario de lápiz y papel de 8 reactivos con opción de respuesta que va de 0 a 100% que evalúa el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo de consumo. Los puntajes de cada categoría van de 0 a 100, e indican la confianza del paciente en su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de consumir. Por ejemplo, un puntaje de confianza de 0 a 20% en un reactivo indica que el cliente no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto

riesgo para el paciente. Un puntaje de 80% indica mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su consumo ante esa situación y por lo tanto, es una situación de bajo riesgo para el cliente.

5. La Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1992; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998). Es un registro que sirve para medir la conducta de consumo de alcohol u otras sustancias, antes, durante y después del tratamiento. Esta técnica requiere que las personas estimen retroactivamente el consumo diario de alcohol durante un periodo específico. Se les proporciona a las personas un calendario que abarca el periodo que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día o la cantidad de sustancia ingerida. Este método ha sido probado en periodos de hasta 12 meses. Los datos obtenidos en cada uno de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como:

- a) Número total de días de consumo.
- b) Número total de copas (o gramos o mililitros) consumidas
- c) Promedio de consumo por día.
- d) Porcentaje de días de abstinencia, de bajo consumo, de consumo moderado y de consumo excesivo.

### *Diseño*

Estudio de caso-único, Línea base - tratamiento y evaluación pre-post.

### *Procedimiento*

El tratamiento consistió en la aplicación del Programa de auto-cambio dirigido (Ayala, Cárdenas, Echeverría, San Vicente, & Gutiérrez, 1998). El programa tuvo una duración de 7 sesiones en un total de 2 meses de tratamiento con una sesión semanal.

#### *Sesión 1*

La primera fase tuvo una duración de dos sesiones. En la primera sesión se aplicó la evaluación inicial donde se aplicó un cuestionario de admisión, la entrevista conductual sobre el consumo de sustancias, la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Raistrick, 1986; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998) y la escala de PISTAS.

#### *Sesión 2*

En la segunda sesión se continuó la aplicación de la evaluación inicial donde se aplicó el Inventario de situaciones de riesgo (Annis, Graham, Davis, 1982; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998), el Cuestionario de Confianza

Situacional (Annis y Graham, 1987; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998) y la Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1992; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998).

Se le pidió al usuario que firmara la forma de consentimiento sobre su participación en el programa, el terapeuta llevo a cabo un resumen de la evaluación, se le explicó al usuario la forma de llenado del auto-registro y finalmente se le proporcionó y explicó la lectura y tarea número 1.

### Sesión 3

La segunda fase tuvo una duración de 4 sesiones, la primer sesión consistió en revisar la hoja de auto-registro para posteriormente realizar el ejercicio de balance decisional, donde el usuario comparó las ventajas y desventajas de continuar el consumo de alcohol y de cambiar su conducta de consumo. A partir del ejercicio se realizó el establecimiento de las razones para el cambio, el establecimiento de metas y se le dejo la lectura y tarea numero 2.

### Sesión 4

En la sesión número cuatro se llevó a cabo la revisión del auto-registro, la identificación de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol y se dejo de tarea la lectura y tarea número 3.

### Sesión 5

En la quinta sesión se llevó a cabo la revisión del auto-registro de consumo, la identificación de opciones ante las situaciones de riesgo y la elaboración de planes de acción, a partir de ellas. Se planeó una sesión adicional de tratamiento para la revisión de la aplicación de los planes de acción y su efectividad.

### Sesión 6.

En esta sesión se llevó a cabo la revisión del auto-registro de consumo, se revisaron los resultados de la aplicación de los planes de acción y se dio por terminado la fase de tratamiento.

### Sesión 7

La tercer fase tuvo una duración de una sesión y consistió en la evaluación post del programa. A través de todas las fases anteriores se obtuvieron los datos sobre el consumo de alcohol.

## RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos a partir de la aplicación del programa de auto-cambio dirigido con este usuario.

En la figura 38, se muestran los puntajes de dependencia al alcohol antes y después de la aplicación del programa de auto-cambio dirigido. Como se puede observar el puntaje se redujo de 9 puntos a 4 puntos después de la intervención.

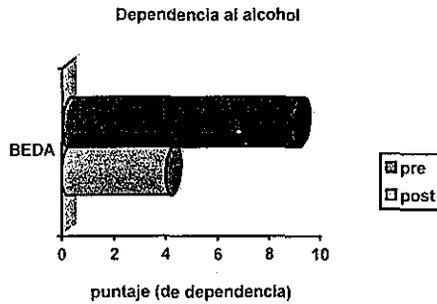


Figura 38. Muestra los puntajes de dependencia al alcohol antes y después del programa de intervención.

En la figura 39, se pueden observar los puntajes obtenidos en el Inventario situacional de consumo de alcohol antes de la intervención. Como se puede observar, las situaciones de riesgo con mayor puntaje fueron los momentos agradables en la vida (23), las tentaciones (10) y las emociones agradables (10).

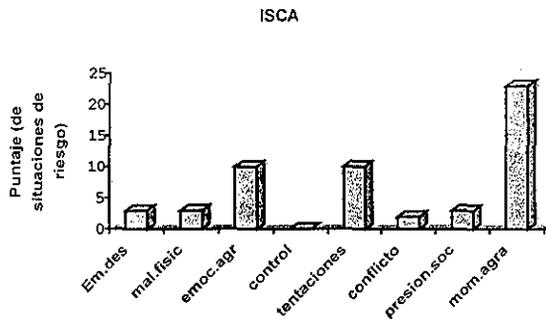


Figura 39. Muestra los puntajes obtenidos en el inventario de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En la figura 40 se pueden observar los índices de confianza situacional del paciente antes y después de la aplicación del programa de auto-cambio dirigido. Como puede notarse los porcentajes incrementaron particularmente en las situaciones de emociones agradables de 30% a 50%, en control de 80% a 90% y en momentos agradables de 50% a 80%. Nótese la reducción en la confianza situacional ante situaciones de presión social de 90% a 80%.

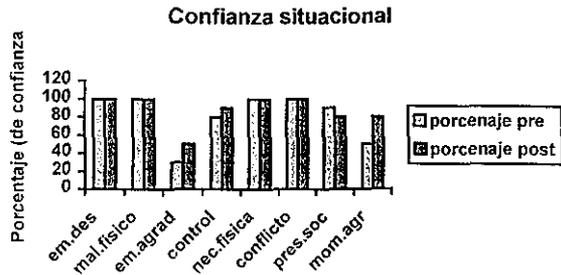


Figura 40. Muestra los porcentajes de confianza situacional ante el consumo de alcohol antes y después del programa de intervención.

En la figura 41, se muestra el patrón de consumo del usuario durante la línea base y el tratamiento. Nótese que el usuario redujo mínimamente la cantidad en su consumo de un consumo máximo de 6 copas en una ocasión a 4 copas por ocasión de consumo.

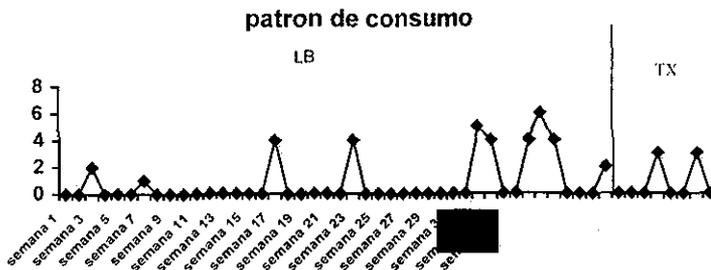


Figura 41. Muestra el patrón de consumo de alcohol durante la línea base y el tratamiento.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio consistió en aplicar y evaluar el programa de auto-cambio dirigido para bebedores con un usuario de alcohol. El programa de auto-cambio dirigido es una intervención breve, cognitivo conductual que permitió alcanzar la meta del usuario: la moderación. Dicho resultado coincide con los resultados reportados, por los autores Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, (1998), quienes aplicaron el modelo en 177 usuarios y encontraron que dichos participantes alcanzaban su meta de tratamiento. De esta manera, el programa se basó en los procedimientos originales que consistieron en utilizar los niveles de motivación del usuario a través del balance decisional para el establecimiento de dicha meta, la adquisición de habilidades tales como el establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo y de planes de acción utilizando la solución de problemas. Por lo tanto, parece ser que los resultados se explican a partir de la oportunidad con la que contó el usuario de participar de manera directa en su tratamiento a través del establecimiento conjunto con el terapeuta de metas flexibles y realistas, incrementando así su nivel de motivación y la probabilidad de obtener resultados más efectivos. (Ayala, Echeverría, Sobell, & Sobell, 1997).

Con lo que respecta a los objetivos específicos, los resultados muestran que se logró estabilizar el patrón de consumo, a partir de la instrumentación del programa. No obstante, no se contó con un seguimiento, que permitiera verificar dicha estabilización. Por lo tanto, una tarea importante consiste en evaluar el cambio a través de una fase de seguimiento pertinente, hecho que no fue posible al no lograr contactar al usuario, durante el periodo de seguimiento.

No obstante que el nivel de dependencia del usuario era bajo al inicio, se alcanzó el objetivo de reducir el nivel de dependencia después de la aplicación del programa, manteniéndose en una dependencia baja. Así mismo, se lograron incrementar los índices de confianza situacional para el control de situaciones de riesgo de consumo de alcohol particularmente en las situaciones que puntuaron alto en la escala de situaciones de riesgo para el consumo: aquellas situaciones donde percibía emociones agradables, cuando requería controlar el consumo y en aquellos momentos que percibía como agradables. Tal resultado, indica que el usuario, adquirió un nivel de confianza que le permitió controlar su consumo de alcohol en situaciones que el reportó como de alto riesgo.

Sin embargo, cabe señalar que por el contrario, hubo un decremento en la confianza situacional ante situaciones de riesgo relacionadas con la presión social. Sin dejar de ser un dato relevante, es importante señalar que dicha situación no resultó ser de alto riesgo en la evaluación. Nuevamente, dicho dato parece indicar que evaluar el efecto del decremento en la confianza situacional ante esta situación es un paso importante a realizar en sesiones adicionales, o por lo menos durante el seguimiento.

El incremento en la confianza situacional, la reducción en el patrón de consumo y la reducción en el nivel de dependencia parecen haber sido el

resultado de la utilización de los procedimientos indicados por el programa, los cuales consisten en el balance decisional, (donde el usuario tuvo la oportunidad de elegir sus propias metas de trabajo dentro del programa y por ende asegurar el éxito del programa; Cooper, Heron, y Heward, 1987), la evaluación de las recaídas (Marlatt y Gordon, 1985), la identificación de situaciones de riesgo, la generación de opciones y la creación de planes de acción, (Moos, 1977; Lazarus y Launier, 1978; Folkman, 1984). No obstante, el diseño indicado para afirmar la efectividad del programa, un diseño de reversión, no resulta aplicable a la población en estudio (concretamente consumidores de alcohol), por las implicaciones éticas que ello representa. Por lo que la instrumentación del seguimiento en este caso resulta imprescindible.

### **LIMITACIONES**

Una de las limitaciones más importantes del estudio, resultó ser la falta de oportunidad de recabar los datos de seguimiento, hecho, que como ya se mencionó fue truncado por la pérdida del contacto con el usuario.

El tipo de estudio realizado, diseño A-B, no es el diseño ideal para la evaluación del programa, no obstante si arroja información importante, por lo que un Diseño A-B, con seguimiento resolvería las interrogantes antes planteadas.

### **ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS**

A través de la aplicación del programa de auto-cambio dirigido se adquirieron habilidades y competencias tales como: habilidades para el manejo del bebedor problema: aplicación de instrumentos de evaluación, análisis de resultados, recepción del usuario, componentes de relación terapéutica no verbal, utilizar procedimientos de negociación no de confrontación con el usuario, escuchar sin interrupciones, hacer preguntas breves, expresar simpatía, comunicación y entrenamiento de los componentes del programa, realizar resúmenes de la sesión, establecimiento de metas con el usuario, evaluación del consumo durante el tratamiento, aplicación de técnicas de reducción del consumo, revisión y discusión del establecimiento de metas junto con el usuario, discusión de los ejercicios y tareas, discusión de opciones así como de planes de acción.

#### **IV. Instrumentar un proyecto de investigación aplicada para evaluar un programa de intervención cognitivo conductual para rehabilitar a personas adictas y su aplicación con este tipo de población.**

En el presente apartado se muestra, por una parte la instrumentación de un proyecto de investigación aplicada que pretendió evaluar un programa de intervención conductual para la rehabilitación de consumidores excesivos de sustancias y por otra la aplicación del programa evaluado en dos usuarios de sustancias adictivas.

#### **Evaluación de un Programa de Intervención Cognitivo Conductual para la Rehabilitación de Personas que Consumen Alcohol y Otras Sustancias**

##### **ANTECEDENTES**

Dentro del análisis conductual aplicado, el uso y abuso de sustancias son considerados como conductas operantes que son mantenidas por los efectos reforzantes de las drogas involucradas (Goldberg & Stolerman, 1986; Henningfield, Lukas, & Bigelow, 1986). Por ejemplo, los estimulantes psicomotores, el etanol, los opioides, la nicotina y los sedantes sirven como reforzadores además de ser auto administrados voluntariamente por una gran variedad de especies (Young & Herling, 1986). Existe una gran cantidad de literatura que sustenta lo dicho. Es decir, los efectos de la manipulación en la disponibilidad de las drogas, las dosis, programas de reforzamiento y otras manipulaciones experimentales sobre el uso de sustancias son y tienen generalidad a través de diferentes especies y tipos de abuso de las mismas (Griffiths et al., 1980; Henningfield et al., 1986; Higgins, 1997).

Por lo tanto, el uso de sustancias es considerado como una conducta normal aprendida que cae a lo largo de un continuo que va desde patrones de poco uso y pocos problemas hasta el uso excesivo y gran cantidad de efectos, incluyendo la muerte, (Higgins, 1998). Los mismos procesos y principios del aprendizaje operan en este continuo. Los individuos no necesitan tener ninguna característica física o patológica en particular para desarrollar un problema de dependencia o abuso.

Dentro de los factores sociales o comunitarios que influyen en el uso y abuso de sustancias se encuentran la disponibilidad de ciertas sustancias, así como su aceptación por la sociedad. Una comparación de sustancias legales contra ilegales, muestra la diferencia en la prevalencia de usuarios, siendo mayor en las sustancias permitidas y aceptadas socialmente. Dentro de este marco la teoría denominada como la de demanda del consumidor, resume los aspectos de la disponibilidad bajo el concepto de Abastecimiento (Bickel & DeGrandpre, 1996; Bickel, DeGrandpre, & Higgins, 1993; Higgins, 1996; Vuchinich & Tucker, 1988). Otro principio importante es el de Precio, referente a algo más que un costo monetario. Este concepto incluye todos los recursos gastados, los eventos

adversos social, psicológica y físicamente vividos al momento de comprar, consumir y recuperarse del consumo de sustancias. Por lo tanto, comunidades donde el uso de drogas es ampliamente aceptado, el precio social resultará ser muy bajo.

Por último, otro concepto económico importante es el costo de oportunidad, el cual se refiere a las oportunidades alternativas perdidas por haber elegido consumir sustancias en lugar de utilizar el tiempo en cualquier otra cosa. Una serie de investigaciones sustentan este concepto al señalar que la frecuencia del uso de la droga podría ser modificada significativamente a través de variar el costo de oportunidad (Higgins, 1996, 1997). Por ejemplo, los animales de laboratorio con patrones bien establecidos de uso intravenoso de cocaína, se dedican significativamente menos a consumir la droga cuando esta conducta causa la pérdida de una sustancia esencial alimenticia. (Nader & Woolverton, 1991). De igual manera, el uso de cocaína en humanos, incluyendo individuos dependientes a la cocaína, decreta en función del incremento en el costo de la oportunidad asociado al uso de droga (Higgins, Bickel, & Hughes, 1994; Higgins, Budney, Bickel, et al., 1994), (por. Ej. Pérdida monetaria).

Por lo tanto, los principios básicos de aprendizaje en combinación con los principios económicos de abastecimiento, precio y costo de oportunidad pueden contribuir mucho a nuestra comprensión del movimiento que existe en el continuo del uso del alcohol.

En la actualidad, existen estudios de investigación y tratamientos disponibles alternativos para tratar el consumo de sustancias. Sin embargo, la investigación empírica en el campo del análisis conductual aplicado, específicamente en nuestro país, es muy limitada. No obstante que existen ciertos métodos que parecen ser beneficiosos para tipos específicos de pacientes, dicha investigación ha sido realizada básicamente en nuestro país vecino. En este sentido, en los últimos años se ha determinado que el tratamiento más recomendado será aquel basado en la consulta externa y en una orientación comunitaria. Sin embargo, futuras investigaciones determinaran la longitud e intensidad de las intervenciones de acuerdo a su efectividad.

Lo cierto es que se ha determinado que el programa típico para el alcoholismo ofrece pocas opciones y procedimientos de tratamiento estándar; Y aunque se realizan diagnósticos diferenciales, estos se ignoran durante el tratamiento. Este tipo de tratamientos carecen de apoyo experimental para su efectividad, mientras que otras aproximaciones bien documentadas no son utilizadas.

Dentro de los estilos de tratamiento más utilizados se encuentra el condicionamiento aversivo. Este procedimiento tiene una larga historia de resultados positivos en investigación no controlada y controlada. Sin embargo, aunque tanto las terapias aversivas eléctricas como las químicas han sido

asociadas con la reducción del consumo, requiere de agentes aversivos físicos y éticamente problemática.

Adicionalmente a la reducción de la conducta de consumo, el reto consiste también en mantener este patrón. Investigación reciente, nuevamente en los Estados Unidos de América, señala el gran espectro de intervenciones que incrementan la probabilidad de prolongar la sobriedad. Específicamente pareciera que para mantener la sobriedad, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en manejo de estrés y la terapia familiar y marital son intervenciones efectivas.

La aproximación de reforzamiento comunitario de Azrin (1973), la cual combina varios de estos elementos, ha mostrado ser efectivo en incrementar la abstinencia cuando se agrega a un programa enfocado en el consumo.

Pareciera que la investigación realizada en los últimos cuarenta años ha arrojado una gran cantidad de información que sirviera de base para el tratamiento efectivo y preventivo en el ámbito de las adicciones. Sin embargo y a pesar de toda la investigación realizada, los métodos de tratamiento utilizados en la práctica estándar no son los mismos que aquellos reportados por la investigación controlada. Además, la persistencia de aproximaciones de tratamiento interno continúan proporcionándose a pesar de que estas no ofrecen ninguna ventaja ni efectividad general y de que la investigación ha demostrado que el abuso del alcohol puede ser tratado en escenarios externos con la misma efectividad y un costo más bajo.

En este sentido, el programa de reforzamiento comunitario fue desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Inicialmente, el programa fue desarrollado para re-adquirir y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales de los usuarios. La meta ha sido que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el paciente se encuentra sobrio o abstinentemente de alcohol, además de ser retirados o no estar disponibles si los sujetos beben o ingieren drogas.

En 1973, Hunt y Azrin, reportaron una investigación desarrollada con 16 hombres residentes de un hospital para dependientes severos del alcohol. Los grupos fueron asignados al azar para recibir un tratamiento tradicional o el programa de reforzamiento comunitario combinado con la intervención tradicional. El programa de reforzamiento comunitario consistió en re-establecer los reforzadores de forma individualizada conforme a la situación específica de cada paciente. La primera fase consistió en enfrentar barreras inmediatas para la participación, tales como problemas legales u otras crisis. La siguiente prioridad fue implementar el programa de consejo vocacional. A partir de este programa, los sujetos podían obtener empleo y de esta manera ser dados de alta del hospital, (incentivo poderoso para los pacientes al participar en este componente del programa). El programa de consejo marital y familiar se iniciaba durante la hospitalización y se continuaba fuera del hospital. Otra parte del programa

consistió en que los pacientes así como otras personas relacionadas con ellos aprendieran a negociar y hacer contratos para realizar cambios recíprocamente reforzantes con relación a las conductas del otro. Además, se implementó un programa de relaciones sociales con el objetivo de desarrollar o reinstalar las interacciones sociales con otros amigos, parientes y grupos comunitarios quienes tenían baja tolerancia al alcohol, así como para eliminar interacciones con bebedores difíciles (p.ej., intentos por decrementar la disponibilidad y aceptabilidad de oportunidades de beber alcohol). Para alcanzar este objetivo, el personal estructuró un "bar" que funcionaba como un club social libre de alcohol, donde se motivaba a los pacientes y a sus esposas a asistir a actividades sociales. Finalmente se les enseñó a los pacientes como resolver problemas altamente asociados con episodios de ingesta de alcohol. Los resultados del estudio, mostraron que después de un periodo de 6 meses de seguimiento a partir de haber salido del hospital, el tiempo utilizado por los sujetos para beber alcohol fue del 14% para el grupo del Programa de Reforzamiento Comunitario (PRC), comparado con el 79% para el tratamiento tradicional. El tiempo de desempleo fue del 5% para el grupo del PRC y de un 62% para el tradicional. El tiempo transcurrido fuera de casa fue del 16% para el primero y del 36% para el segundo. Finalmente el tiempo que pasaron internados en el hospital fue del 2% para el grupo del PRC y del 27% para el tradicional.

En un estudio posterior, Azrin (1976) incluyó la terapia con disulfiram apoyada con el monitoreo realizado por otra persona importante para el sujeto, de tal manera que este último supervisaba la ingesta del medicamento. Además se incluyó un sistema de "amigos", donde individuos del mismo vecindario del paciente se encontraban disponibles para proporcionar apoyo en situaciones prácticas así como funcionar como la transición de consejo individual a grupal para reducir el número total de horas de consejo necesarias para implementar el tratamiento. Los resultados mostraron que 6 meses después, el programa de reforzamiento comunitario fue más efectivo que el tratamiento estándar, con relación al tiempo usado para beber, para trabajar, para estar fuera de casa y de estar institucionalizado, mejorando los resultados del estudio anterior. De la misma forma, dos años después, se reportó un 90% de tiempo en abstinencia.

Adicionalmente, se evaluaron los efectos de implementar un club social (Mallams, Godley, Hall & Meyers, 1982), aunado al programa de régimen estándar de atención externa para pacientes con dependencia menos severa al alcohol (Hunt y Azrin, 1973). El club social fue diseñado para proveer la atmósfera social y el reforzamiento social asociado con los bares, pero sin alcohol. Los usuarios debían estar sobrios para asistir. Cuarenta hombres y mujeres fueron asignados al azar a dos grupos de trabajo. En el primero de ellos, se promovía sistemáticamente la asistencia al club social (grupo experimental). En el otro, solamente se les informaba de la existencia de este lugar sin promover sistemáticamente la asistencia (grupo control). A los tres meses de seguimiento, solo el grupo experimental mostró mejoría significativa, atribuida a la medición de la cantidad de alcohol ingerida y la frecuencia, el daño conductual provocado y el tiempo invertido en situaciones problemáticas asociadas con el alcohol.

Se diseñó un cuarto estudio para conocer los efectos de la terapia de disulfiram como un componente aislado de los otros del programa, (Azrin, Sisson, Meyers & Godley, 1982). Este trabajo constituyó la continuación del proceso de diseminación del programa a pacientes externos severamente dañados y a mujeres. Así, cuarenta y tres pacientes externos hombres y mujeres dependientes al alcohol fueron asignados al azar para recibir uno de tres tratamientos: 1) Tratamiento tradicional y terapia de disulfiram tradicional sin influir en la obediencia para tomar el medicamento; 2) Terapia tradicional y terapia de disulfiram involucrando a otras personas importantes para monitorear la ingesta del medicamento; y 3) Programa de reforzamiento comunitario en combinación con la terapia de disulfiram y monitoreo realizado por otras personas importantes para el usuario. A los 6 meses de seguimiento, el programa de reforzamiento comunitario en combinación con el disulfiram y los procedimientos de obediencia, produjeron grandes reducciones en la ingesta de alcohol; por su parte, el disulfiram en combinación con los procedimientos de obediencia pero sin el programa de reforzamiento comunitario produjo resultados intermedios; finalmente, el tratamiento tradicional y la terapia de disulfiram produjeron los resultados más pobres. Sin embargo, fue interesante como los pacientes casados funcionaron muy bien con el paquete de tratamiento de reforzamiento comunitario o con la terapia de disulfiram y los procedimientos de obediencia solos. Aparentemente, solo los pacientes solteros necesitaban el paquete completo de tratamiento de reforzamiento comunitario y monitoreo del disulfiram para alcanzar la abstinencia, probablemente debido a que carecían de los niveles necesarios de apoyo social para alcanzar la abstinencia, hecho que si se encontraba presente en los individuos casados.

En otro estudio, el programa de reforzamiento comunitario también fue adaptado para utilizarse con aquellas personas importantes relacionadas con los sujetos que se encontraban resistentes a recibir tratamiento (Sisson & Azrin, 1986). Así, 12 personas relacionadas con individuos dependientes al alcohol, quienes rehusaban asistir a tratamiento fueron asignadas al azar para recibir la intervención del programa de reforzamiento comunitario o un programa estándar que involucraba instrucción grupal acerca de alcohol y el modelo de enfermedad del alcoholismo. La intervención adaptada del programa de reforzamiento comunitario incluía educar acerca del problema del alcohol, información y discusión de las consecuencias positivas de la abstinencia, como apoyar para involucrar al miembro de la familia que abusa del alcohol en actividades que podrían competir con la de beber, incrementando el involucramiento de estas personas significativas en actividades recreativas/sociales, así como entrenarlas en como responder a los episodios de ingesta de alcohol y como recomendar la entrada a tratamiento. En el grupo control, no hubo evidencia de cambio, 3 meses después de terminada la intervención. Ninguno de los miembros de la familias que abusaban del alcohol ingresó a tratamiento ni su conducta de beber cambio. En el grupo de reforzamiento comunitario, 6 de 7 miembros de las familias que abusaban del alcohol entraron a tratamiento y su frecuencia en la conducta de beber decremento significativamente.

Existe más investigación empírica que sustenta al programa de reforzamiento comunitario. Esta se refiere a la investigación sobre entrenamiento en habilidades sociales / de afrontamiento y a la terapia conductual familiar y de pareja. La eficacia del entrenamiento en estas y otras habilidades relacionadas con el decremento de la conducta de beber y problemas relacionados con el beber ha sido demostrada en una serie de estudios controlados conducidos después y de manera independiente a los estudios del programa de reforzamiento comunitario descritos anteriormente (Monti, Rohsenow, Colby & Abrams, 1995; O'Farrell, 1995).

En 1998, Smith, Meyers, y Delaney proporcionaron el programa de reforzamiento comunitario a 106 individuos dependientes al alcohol y que vivían en la calle. Asignaron a los sujetos de forma aleatoria a uno de dos tratamientos: a un grupo en tratamiento tradicional o al programa de reforzamiento comunitario. También se realizó un seguimiento de un año, terminado el tratamiento. Los resultados mostraron que tanto a lo largo del tratamiento como al final de este, los sujetos del grupo experimental bebieron significativamente menos (alrededor del 50%) que los del grupo con tratamiento tradicional.

Por otro lado, se han realizado una serie de estudios que demuestran la eficacia del programa de reforzamiento comunitario combinado con los procedimientos de manejo de contingencias en el tratamiento de consulta externa de la dependencia a la cocaína (Budney, Higgins, Delaney, Kent, & Bickel, 1991; Higgins, Budney, Bickel Hughes, Foerg, et al., 1993; Higgins, Budney, Bickel, et al., 1994; Higgins et al., 1991, 1995). Estos estudios varían de los anteriores en cuanto a que en estos se omite el club social y el sistema de amigos. Aquí, el procedimiento primario de manejo de contingencias consiste en que los pacientes ganan vouchers intercambiables por cosas contingentes a los resultados en la prueba de orina. Es decir, la prueba debía resultar negativa en el uso de cocaína. El sistema de vouchers se aplicaba de la semana uno a la semana 12 del tratamiento y la cantidad promedio de dinero obtenida fue de aproximadamente 6 dólares por día.

Muchos de estos sujetos dependientes a la cocaína llegan al tratamiento con sus vidas completamente desorganizadas. Por lo tanto, es muy probable que se requiera cierto tiempo para estabilizar y reestructurar sus vidas, de tal manera que fuentes naturales de reforzamiento para la abstinencia pueden ejercer alguna influencia en sus conductas. Por lo tanto, la meta era que el programa de incentivos jugara un papel principal durante las primeras 12 semanas de tratamiento, al mismo tiempo que el programa de reforzamiento comunitario se estuviera llevando a cabo. De esta manera, se esperaba que se alcanzara el progreso suficiente con el programa de reforzamiento comunitario para que los reforzadores naturales tomaran lugar para mantener la abstinencia a la droga cuando el sistema de vouchers fuera descontinuado.

Del mismo modo, para facilitar fuentes de apoyo natural, se invito a los pacientes a incluir a otras personas importantes para ellos en el tratamiento. Esta invitación no se limitaba a los esposos o parejas de los sujetos, sino que cualquier persona que no estuviera involucrada con las drogas era elegible. De esta manera, se promovía que estas personas realizaran un contrato conductual con los pacientes donde establecían hacer algo contingente y potencialmente reforzante si el paciente se abstenía del uso de cocaína. Además, por su participación, el personal clínico notificaba a estas personas sobre los resultados de las pruebas de laboratorio.

Existen dos estudios controlados que examinan la eficacia del programa de reforzamiento comunitario combinado con el manejo de contingencias comparado con un programa estándar de consulta externa contra el abuso de drogas basado en el modelo de enfermedad (Higgins et al., 1991; Higgins, Budney, Bickel, Hughes, Foerg, et al., 1993). En ambos estudios, el programa de reforzamiento comunitario con el manejo de contingencias retuvo a los pacientes por más tiempo en tratamiento y se asoció con períodos más largos de abstinencia a la cocaína que los pacientes que asistieron al tratamiento estándar. Por ejemplo, el 58% de los pacientes asignados al tratamiento conductual completo 24 semanas de tratamiento comparados con el 11% de aquellos asignados al tratamiento estándar. También se comprobó, que a largo plazo el 68% y el 42% de los pacientes que participaron en el tratamiento conductual lograron continuar con la abstinencia durante 8 y 16 semanas respectivamente, comparados con el 11% y el 5% de aquellos del grupo tradicional.

En un tercer estudio, se asignó a los pacientes de forma aleatoria a dos grupos de trabajo, uno donde recibían el programa de reforzamiento comunitario con un sistema de Vouchers y otro sin sistema de vouchers, (Higgins, Budney, Bickel, et al., 1994). El tratamiento duró 24 semanas y la diferencia consistió solo en si se aplicaba el sistema de vouchers durante las primeras doce semanas o no. Los resultados mostraron que el sistema de vouchers permitió una mejoría en cuanto a la retención de los pacientes en el tratamiento, así como en la abstinencia a la cocaína. El 75% de los pacientes que participaron en el grupo con sistema de vouchers completaron 24 semanas de tratamiento, mientras que solo el 40% de los sujetos del grupo sin sistema de vouchers lo logró. El promedio de duración en cuanto a la abstinencia a la cocaína, documentado a través de estudios clínicos, fue de  $11.7 \pm 2.0$  semanas en el grupo con vouchers y de  $6.0 \pm 1.5$  en el grupo sin vouchers.

En un análisis retrospectivo realizado para identificar aquellos predictores para la abstinencia a la cocaína durante el tratamiento con esta intervención, se encontró que los participantes que involucraban a otras personas importantes para ellos en el tratamiento fueron más capaces de sostener períodos de abstinencia a la cocaína que aquellos quienes no contaban con otros individuos importantes involucrados (Higgins, Budney, Bickel & Badger, 1994).

Por otro lado, es importante señalar que alrededor del 60% de los individuos dependientes a la cocaína alcanzan el criterio diagnóstico para la dependencia al alcohol, y un alto porcentaje para el abuso de alcohol. La terapia de disulfiram es un componente importante del programa de reforzamiento comunitario; por lo tanto, se ofreció este componente del programa a aquellos individuos que reunieron evidencia de problemas concurrentes de alcohol, (Higgins, Budney, Bickel, Hughes, & Foerg, 1993). Finalmente, la terapia de disulfiram fue asociada con decrementos significativos en la conducta de beber e inesperadamente en el uso de cocaína.

En 1991, Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis revisaron 33 modalidades de tratamiento para el problema de alcohol. Utilizaron un rango de calificación que iba de mayor a menor efectividad y tabularon el número de resultados negativos contra los positivos para cada uno. Finalmente, los autores determinaron que solo 6 de los 33 tratamientos tuvieron "buena evidencia de efectividad" (p. 526). Se enlistan en orden descendente: Entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en autocontrol, consejo breve motivacional, terapia conductual de pareja, programa de reforzamiento comunitario y entrenamiento en el manejo de estrés. En cuanto al costo del tratamiento, estos seis citados cayeron dentro de los rangos de costo mínimo (\$0 a 99 dólares), menos costosos (\$100-199 dólares) y mínimamente costosos (\$200-599 dólares). De tal manera, que los autores concluyeron que ofrecer tratamientos con buen apoyo científico, también significaba ofrecerles opciones costeables.

En un estudio similar, Miller et al. (1995) evaluó 43 modalidades de tratamiento. Tomando en cuenta la integridad del diseño del estudio y el número de estudios que apoyaban o no a la modalidad, Miller et al reportó una lista similar a la de Holder et al (1991): intervención breve, entrenamiento en habilidades sociales, involucramiento motivacional, programa de reforzamiento comunitario, contratos conductuales y terapia aversiva basada en la provocación de náusea. Los investigadores también encontraron que el costo promedio de las modalidades de tratamiento más efectivas tienden a ser comparable o considerablemente menos costosos que los tratamientos menos efectivos.

Finalmente, Finney y Monahan (1996) realizaron otra investigación donde consideraron el diseño de los estudios y la medida de resultados. Además, establecieron un criterio más riguroso para la significancia estadística. Con esto, eliminaron 33 trabajos y basaron su estudio en 144 investigaciones. Así, las 6 modalidades de tratamiento reportadas por Finney y Monahan, (1996) son, en orden descendente de efectividad: Programa de reforzamiento comunitario, entrenamiento en habilidades sociales, terapia conductual de pareja, implantes con disulfiram, otras terapias maritales y entrenamiento en el manejo del estrés. Todas estas modalidades, excepto la del disulfiram, se establecieron en el rango de bajo a mediano-bajo costo.

Es de notarse que el entrenamiento en habilidades sociales y el programa de reforzamiento comunitario son las únicas modalidades que aparecen enlistadas

en los tres estudios. Además, es importante señalar que el programa de reforzamiento comunitario engloba muchos de los otros tratamientos enlistados, de tal manera que este programa provee al clínico con un paquete completo de herramientas terapéuticas. Es decir, el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en manejo de estrés son programas que forman parte del programa de reforzamiento comunitario, específicamente del componente de habilidades conductuales. Así mismo, el contrato conductual juega un papel importante durante el análisis funcional de la conducta de consumo, así como durante la planeación del tratamiento. En ambas fases, el paciente es involucrado activamente para determinar que contingencias mantienen su conducta de beber, y que contingencias elicitarán el cambio, así como para hacer el compromiso de establecer dichas contingencias. Por otra parte, el paciente activamente monitorea su conducta, establece las metas de cambio y cuando es necesario se dedica a conseguir ayuda para hacer que esos cambios ocurran. Del mismo modo y como se mencionó anteriormente, la terapia conductual de pareja también es un componente integral del programa de reforzamiento comunitario. Finalmente, el involucramiento motivacional con su énfasis en retroalimentación no confrontativa ha sido una característica inherente del programa desde sus inicios.

Claramente, el programa de reforzamiento comunitario parece ser más efectivo que algunas de las modalidades más ampliamente utilizadas. Así, un taller muy reciente del NIDA y NIAAA sobre eficacia de las terapias contra la adicción a las drogas y al alcohol (Allen et al., 1995) enlistó al programa de reforzamiento comunitario entre las seis aproximaciones más prometedoras.

## MÉTODO

### *Objetivo*

El objetivo de la presente investigación consistió en evaluar el programa de reforzamiento comunitario en un usuario de thiner, a través de identificar:

1. Una reducción en el consumo de thiner después de la instrumentación del programa
2. Una reducción del nivel de dependencia al thiner después del programa
3. Una reducción del nivel de dependencia al alcohol después de la aplicación del programa.
4. Un incremento en el nivel de satisfacción de usuario con cada una de las áreas de su vida: Sobriedad, trabajo, dinero, área social, personal, familiar, etc., después de la instrumentación del programa.
5. El nivel de satisfacción con las metas, procedimientos y resultados del programa.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## *Variables*

### Variables Dependientes:

- Cantidad de consumo semanal en términos de mililitros de thiner comprado.
- Nivel de dependencia a la sustancia.
- Nivel de dependencia al alcohol.
- Calificación de satisfacción general con las áreas de la vida.
- Nivel de satisfacción con las metas, procedimientos y resultados del programa.

VI: Programa de Reforzamiento Comunitario: Establecimiento de reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales, a través de la instrumentación de los programas de entrenamiento en comunicación, solución de problemas, habilidades para rehusarse al consumo y búsqueda de empleo, así como la realización de análisis funcional para la conducta de consumo, de no consumo y de recaídas.

### *Participantes*

Paciente masculino de 38 años de edad, soltero, que presenta consumo de inhalables. Pertenecía a un nivel socioeconómico medio bajo, con estudios de secundaria y religión católica. No presentaba problemas neurológicos, ni estaba en otro tipo de tratamiento. Tenía como meta de trabajo la abstinencia.

El usuario reportaba consumir thiner y haber estado internado en varias ocasiones, haber recibido tratamiento psiquiátrico y participado en grupos de autoayuda. Sin embargo, dejaba de consumir solo cuando estaba internado y recaer usualmente un mes después de haber sido dado de alta. Presentaba alucinaciones auditivas durante el consumo. Reportó haber estado internado en un anexo, previo al tratamiento durante un mes y haber estado tomando Amperator de 500 mg una vez al día, media pastilla en la mañana y media en la noche.

En cuanto a su historia de consumo de alcohol, reportaba haber iniciado el consumo de alcohol a los 16 años de edad, consumiendo  $\frac{1}{4}$  de litro de mezcal o brandy, 18 tragos estándar de cerveza al día. En esa época, consumía en la calle con un grupo de amigos y principalmente en la noche, iniciando después de las 5:00 o 6:00 p.m. y diariamente. Tardaba 20 minutos en consumir una copa estándar e inmediatamente después se servía la siguiente. Sin embargo, no reportaba el consumo de alcohol como un gran problema, ya que había disminuido su consumo en los últimos años. El usuario reportada como un gran problema el consumo de thiner.

Con relación a su historia en el consumo del thiner, el usuario reportaba haber iniciado a los 16 años de edad, consumiéndolo diariamente. Inicialmente consumía con un grupo de amigos en la calle y en las últimas ocasiones lo hacía solo en un cuarto cerrado o en la calle, por la noche. Dentro de los precipitadores más usuales se encontraban las "ganas de consumir", con la finalidad de escuchar las alucinaciones relacionadas con "dios" y el pensar que "no había problema si inhalaba un poco". Se sentía físicamente activo y usualmente molesto, recién enojado o presente en riñas. Reportaba comprar  $\frac{1}{2}$  litro de thiner diariamente, iniciando el consumo después de las 5:00 p.m. y hasta las 7:00 a.m. del día siguiente, todos los días de la semana. Dentro de las consecuencias positivas identificadas, el usuario reportaba el gusto físico, la sensación de soledad, el panorama y la tranquilidad, cierta alegría, euforia y las sensaciones agradables de las alucinaciones auditivas (con índole religioso). Sin embargo, reportaba que tales consecuencias ya no eran tan fuertes y que ya no tenía pensamientos ni sensaciones agradables durante el consumo, que presentaba dolor y que se le dormían los músculos. Dentro de las consecuencias negativas reportaba problemas con la vista, dolor de cabeza, espalda, problemas con los bronquios, problemas con vecinos, con familiares, con los frailes que conocía, aislamiento de los niños de su familia, rechazo social y pérdida de empleos.

El usuario no reporto consumo actual de tabaco. El usuario mostró siempre un aspecto aseado, alineado, motivación para el cambio y muy cooperador.

### *Escenario*

Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro" de la Facultad de Psicología de la UNAM. La cámara de trabajo es un cuarto de 2 X 2 m<sup>2</sup> que cuenta con una mesa, sillas y con un equipo de sonido.

### *Instrumentos*

- Cuestionario de Pre-selección. Cuestionario de lápiz y papel de 9 reactivos con opciones de respuesta dicotómica (si o no). Evalúa los criterios de selección sobre la participación del usuario.
- Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol, (Raistrick, 1986; Echeverría, Oviedo, y Ayala, 1998). Cuestionario de lápiz y papel de 15 reactivos que evalúa el nivel de dependencia al alcohol. Los datos de confiabilidad test-retest fueron de 0.92. Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:
  - a) Una respuesta de nunca = 0
  - b) Una respuesta de algunas veces = 1
  - c) Una respuesta de frecuentemente = 2
  - d) Una respuesta de casi siempre = 3

Se obtiene un puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos:

- a) De 1 a 9 = Dependencia baja
- b) De 10 a 19 = Dependencia media
- c) 20 o más = Dependencia severa.
  - Cuestionario de Abuso de Drogas (Skinner, 1988). Cuestionario de lápiz y papel de 20 reactivos que evalúa el nivel de dependencia a las drogas y tienen opciones de respuesta dicotómica.
  - Entrevista inicial. Cuestionario de Lápiz y papel de 103 reactivos de respuesta abierta que evalúa los datos de identificación, el nivel socio-económico, la historia de consumo de alcohol y otras sustancias, los factores asociados al consumo, y un análisis funcional general de las conductas de consumo.
  - Cuestionario breve de Confianza Situacional (Annis y Graham, 1988; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Cuestionario de lápiz y papel de 8 reactivos con opción de respuesta que va de 0 a 100% que evalúa el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo de consumo. Los puntajes de cada categoría van de 0 a 100, e indican la confianza del paciente en su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de consumir. Por ejemplo, un puntaje de confianza de 0 a 20% en un reactivo indica que el cliente no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para el paciente. Un puntaje de 80% indica mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su consumo ante esa situación y por lo tanto, es una situación de bajo riesgo para el cliente.
  - Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1988; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Es un registro que sirve para medir la conducta de consumo de alcohol u otras sustancias, antes, durante y después del tratamiento. Esta técnica requiere que las personas estimen retroactivamente el consumo diario de alcohol durante un periodo específico. Se les proporciona a las personas un calendario que abarca el periodo que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día o la cantidad de sustancia ingerida. Este método ha sido probado en periodos de hasta 12 meses. Los datos obtenidos en cada uno de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como:
    - a) Número total de días de consumo.
    - b) Número total de copas (o gramos o mililitros) consumidas
    - c) Promedio de consumo por día.
    - d) Porcentaje de días de abstinencia, de bajo consumo, de consumo moderado y de consumo excesivo.
  - Análisis Funcional para la conducta de beber, (Azrin, 1973). Formato de registro semi-estructurado, que evalúa los precipitadores externos

(con quien, cuando, donde), precipitadores internos (pensamientos, sensaciones físicas y emociones), la conducta de consumo (frecuencia, intensidad, duración), las consecuencias inmediatas (positivas al consumo) y las consecuencias a mediano y largo plazo (negativas del consumo).

- Análisis Funcional para la conducta de no beber, (Azrin, 1973). Formato de registro semi-estructurado, que evalúa los precipitadores externos (con quien, cuando, donde), precipitadores internos (pensamientos, sensaciones físicas y emociones), la conducta de no consumo (frecuencia, duración y topografía), las consecuencias inmediatas (negativas al no consumo) y las consecuencias a mediano y largo plazo (positivas del no consumo).
- Escala de Satisfacción General, (Smith y Meyers, 1995). Cuestionario de Lápiz y papel de 10 reactivos con respuesta tipo likert de 10 opciones (1 completamente insatisfecho hasta 10 completamente satisfecho). Evalúa el nivel de satisfacción del usuario con cada una de las 9 áreas de su vida (Sobriedad, Progreso en el trabajo o en la escuela, Manejo del dinero, Vida social/recreatividad, Hábitos personales, Relaciones familiares o matrimoniales, Situación legal, Vida emocional y Comunicación) y la satisfacción general.
- Formato sobre Metas de tratamiento, (Smith y Meyers, 1995). Formato semi-estructurado de lápiz y papel que, basado en la Escala de Satisfacción General, permite establecer las metas de trabajo para cada una de las 9 áreas de vida, los procedimientos o entrenamientos requeridos para alcanzar la meta y el cronograma de actividades para alcanzarlas.
- Auto-registro. Registro semi-estructurado de lápiz y papel que evalúa, el consumo (frecuencia, duración y topografía), los Precipitadores (internos y externos) y las consecuencias (positivas y negativas) del consumo de manera semanal.
- Cuestionario de validación social del programa (Wolf, 1968), Cuestionario de lápiz y papel de 15 reactivos con respuestas tipo likert de 5 opciones (1 Totalmente de acuerdo hasta 5 totalmente en desacuerdo). Evalúa el nivel de Satisfacción del usuario con respecto a las metas, procedimientos, resultados del programa y con el terapeuta.

## *Diseño*

Estudio de caso único, A-BC-A-BC-A-DC con seguimiento, donde A constituye la Línea base de la conducta de consumo; B la fase del Tratamiento de AA; C es la intervención farmacológica; y D constituye el programa de reforzamiento comunitario.

## *Procedimiento*

### Línea Base

Se realizaron 3 diferentes mediciones de línea base retrospectiva. Es decir, el paciente reportó el nivel de consumo durante el año previo a la intervención con el programa de reforzamiento comunitario. La primera duro cuatro semanas, la segunda 22 semanas y la tercera 4 semanas.

### Programa de Intervención con AA

El usuario participó en dos ocasiones en el programa de intervención de AA, con modalidad de internamiento, en una ocasión durante 16 semanas y en la segunda durante 15 semanas. El paciente reportó que el tratamiento consistió de reuniones diarias con el grupo de auto-ayuda, donde comentaban sus experiencias con el consumo y se apoyaban mutuamente para mantenerse abstinentes durante cada día.

### Intervención Farmacológica

La intervención farmacológica consistió en el consumo de Amperator de 500 Mg. Media pastilla por la mañana y media pastilla por la noche. El tratamiento estaba supervisado por un Psiquiatra especializado en adicciones.

### Programa de Reforzamiento Comunitario

El programa de intervención tuvo una duración de 14 sesiones en un total de 2 meses de tratamiento con dos sesiones semanales. La duración de las sesiones era de 2 horas. El programa estuvo constituido por cuatro fases: Evaluación, Análisis Funcional, Intervención y Post-evaluación.

#### Fase 1: Evaluación inicial

La primera fase, con duración de dos sesiones, consistió en la evaluación inicial.

#### Sesión 1

Se aplicó un cuestionario de admisión, la entrevista conductual sobre el consumo de sustancias, el Cuestionario de Abuso de Drogas, la Breve Escala de Dependencia al Alcohol.

## Sesión 2

Se aplicó la Escala de PISTAS, la Escala de Satisfacción General y la Línea Base Retrospectiva.

## Fase 2: Análisis Funcional

La segunda fase tuvo una duración de 3 sesiones y consistió en la realización del análisis funcional de la conducta de beber y de la conducta de no beber, la instrumentación de planes de acción, la evaluación de la Satisfacción General, la reinstauración del medicamento y el establecimiento de las metas del tratamiento.

## Sesión 1

Se recogió la hoja semanal de auto-monitoreo, se identificó la etapa de cambio en la que se encuentra el usuario a través de identificar y realzar la motivación. Se revisó la información obtenida en la línea base y se le presentó ésta al usuario comparándola con información estadística importante. Se realizó el análisis funcional del programa de reforzamiento comunitario, identificando los antecedentes y las consecuencias de la conducta de beber y de la de no beber. Así, se logró identificar situaciones de alto riesgo, así como las consecuencias que podían reforzar la conducta de beber y que podían ser elegidas como meta para el cambio. Se analizó la conducta de no beber que le permitió al paciente identificar aquellas conductas placenteras y pro-sociales que ya utilizaba, así como el hecho de que estas también estaban sujetas a ciertas contingencias. Se le dejó de tarea su auto-registro.

## Sesión 2

Se recogió el auto-registro. Se solicitó al usuario una muestra de abstinencia, una vez acordada la meta de sobriedad, el paciente y el terapeuta estructuraron el plan de acción. El terapeuta también estableció la próxima cita, el plan secundario, la revisión de la motivación para el cambio de los pacientes y el reforzamiento positivo. Se dejó de tarea su auto-registro.

## Sesión 3

Se recogió su auto-monitoreo. Se aplicó la escala de Satisfacción General. El plan de tratamiento se desarrolló por medio del uso de esta escala y la Hoja de metas. La escala de Satisfacción le permitió al usuario evaluar su satisfacción actual en nueve áreas de la vida diaria así como su satisfacción general. Por medio de centrarse en la vida del paciente, más que en su consumo, se reforzó

la interrelación entre el beber/estar sobrio y la calidad de vida. La hoja de metas reflejó la estructura de la escala de satisfacción general, guiando al paciente a identificar las metas en todas las áreas relevantes de su vida. Se dejó de tarea su auto-monitoreo.

### Fase 3. Intervención

La tercer fase tuvo una duración de 8 sesiones y consistió en la instrumentación del programa de habilidades de comunicación, del programa de solución de problemas, el programa de entrenamiento para rehusarse a beber y del programa de búsqueda de empleo, así como de la evaluación de la satisfacción general.

#### Sesión 1

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. El entrenamiento conductual en habilidades enfatizó la adquisición de las habilidades de comunicación: 1) Proporcionar una oración de entendimiento y empatía; 2) Compartir responsabilidad; y 3) Ofrecer ayuda. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Al final de la sesión se dejó de tarea el practicar las habilidades en dos situaciones en casa y realizar el auto-monitoreo.

#### Sesiones 2 y 3

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En esta sesión se realizó el entrenamiento en solución de problemas: 1) Definición del problema, 2) Generación de alternativas, 3) Decisión sobre una solución y 4) Evaluación de resultados. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Al final de la sesión se dejó de tarea el practicar las habilidades en por lo menos dos situaciones en casa y realizar el auto-monitoreo.

#### Sesión 4

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En estas sesiones se llevó a cabo el entrenamiento en habilidades para rehusarse al consumo de sustancias: 1) Reclutar el apoyo de familiares y amigos, 2) Revisión de situaciones de alto riesgo identificadas, 3) Aprendizaje de conductas para rehusarse a beber (Decir: "No, Gracias", Observar el lenguaje corporal, Sugerencia de alternativas, Cambiar el tema y Confrontar al agresor) y 4) Reestructuración de pensamiento negativo. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Al final de la sesión se dejó de tarea el practicar las habilidades en cada ocasión que fuera necesario y realizar el auto-monitoreo.

## Sesión 5 y 6

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En esta sesión el terapeuta se enfocó en las habilidades para obtener empleo que ayudaban al individuo a obtener uno apropiado. Se identificaron escenarios de trabajo con alto y bajo riesgo para las recaídas y se revisaron las habilidades de ejecución para pedir empleo (P.ej., puntualidad, atuendo apropiado, etc.). Se realizaron ensayos conductuales sobre como desarrollar una buena entrevista de empleo. Se dejó de identificar sitios de empleo, elaborar solicitudes de empleo, concertar citas y realizar entrevistas, así como realizar el auto-registro.

## Sesión 7

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En esta sesión el programa sobre actividades recreativas y sociales tuvo como objetivo reemplazar las viejas actividades recreativas relacionadas con el alcohol con actividades recreativas igualmente o más satisfactorias basadas en la sobriedad. Para lograr que el paciente tuviera su primer contacto con una nueva actividad social, se utilizó la "motivación sistemática". Este componente consistió en: a) Un juego de roles sobre el primer contacto y permítele al cliente hacer la primera llamada desde la oficina del terapeuta. b) contactar al paciente con una persona en una actividad en particular quien la motive a la actividad o acepte recibir al paciente en la puerta; c) en la siguiente sesión, se revisó la experiencia vivida en cuanto al valor de su reforzamiento. Se dejó de tarea el auto-monitoreo.

## Sesión 8

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. Esta sesión se centró en la prevención de recaídas. Consistió en entrenar tanto al usuario como a la otra persona importante para él, a reconocer los signos que indicaran posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento. Se discutieron posibles sesiones adicionales y sus contenidos. Se dejó de tarea el auto registro.

## Fase 4. Post evaluación

La cuarta fase tuvo una duración de una sesión y consistió en la evaluación post del programa de reforzamiento comunitario y de la validez social del programa.

## Seguimiento

El seguimiento consistió en tres mediciones al mes, a los tres y a los seis meses después del tratamiento sobre el consumo de sustancias y la satisfacción general del usuario con las áreas de su vida.

## RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos en el estudio.

En la figura 42, se muestra el patrón de consumo del usuario durante las diferentes fases de línea base, tratamientos y seguimiento.

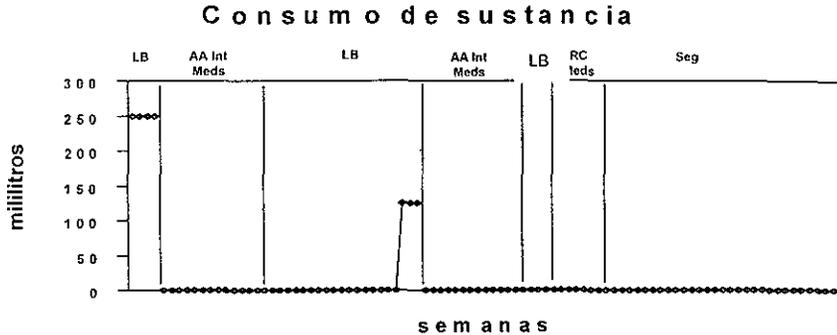


Figura 42. Muestra la cantidad de consumo en mililitros durante las diversas fases del programa de intervención

Como muestra la figura 43, el usuario reportó un puntaje de 16 en el Cuestionario de Abuso de Drogas (Consumo severo) antes de la intervención y un puntaje de 2 después de la misma; En la Breve Escala de Dependencia al Alcohol reportó un puntaje de 26 (dependencia media) antes del programa y 1 después del mismo. No aparentó daño orgánico en la escala PISTAS.

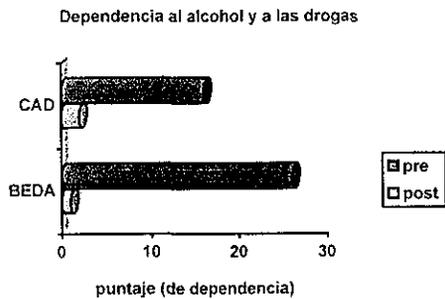


Figura 43. Muestra los niveles de dependencia al alcohol y a otras drogas, antes y después de la intervención.

En cuanto a la satisfacción con cada una de las áreas de su vida, en las figuras 44 y 45, se puede observar que los niveles incrementaron de un promedio de 4.9 en las evaluaciones pre a 8.5 y 9.1 en las de tratamiento y 8.8, 8.8 y 9.5 durante los seguimientos al mes, tres y seis meses.

**Escala de Satisfacción General**

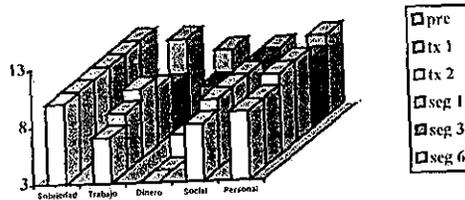


Figura 44. Muestra los niveles de satisfacción general del usuario antes durante y después de la intervención por un periodo de seis meses de seguimiento.

**Escala de Satisfacción General 2a Parte**

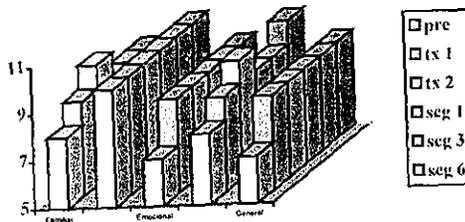
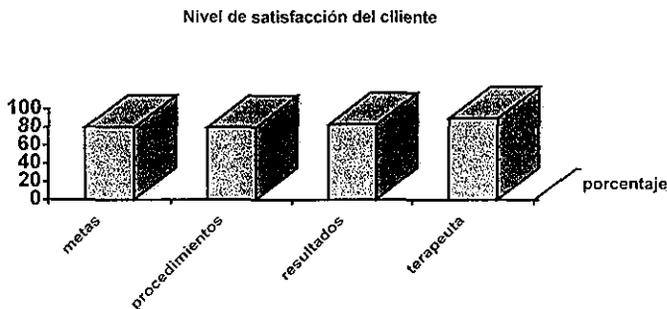


Figura 45. Muestra los niveles de satisfacción general del usuario antes durante y después de la intervención por un periodo de seis meses de seguimiento.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

En la figura 46 se muestran los niveles de satisfacción del usuario con las metas, procedimiento y resultados del programa de reforzamiento comunitario.



En la figura 46, se muestra el patrón de consumo del usuario en las diferentes fases del estudio: línea base, tratamientos y seguimiento.

## DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación consistió en evaluar el programa de reforzamiento comunitario a través de la reducción en el consumo de sustancias, nivel de dependencia a la sustancia y al alcohol, y del incremento en los niveles de satisfacción con la áreas de la vida del usuario y con las metas, procedimientos y resultados del programa. Es decir, fue un estudio inicial que trató de evaluar la efectividad del programa de reforzamiento comunitario con un usuario de inhalables, básicamente con relación al mantenimiento de la conducta de abstinencia.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede decir que el nivel de consumo del usuario se mantuvo en cero, durante el tratamiento y a lo largo de los seis meses de seguimiento (Hunt y Azrin, 1973; Smith, Meyers & Delaney, 1998; ). De acuerdo con los resultados, el nivel de consumo se encontraba en cero en la línea base previa a la aplicación del programa de reforzamiento comunitario. Sin embargo, es importante considerar que el usuario requirió la intervención con la finalidad de prevenir lo que el consideraba la "recaída inminente", al mes después del internamiento en AA. Algo que era común en su historia de consumo. Por lo tanto, a diferencia de dicho tratamiento, se puede concluir que el programa permitió mantener la abstinencia del usuario, no solo durante los 3 meses y medio que duró el programa sino después de los 6 meses terminado el tratamiento. Esto es, de acuerdo con los resultados, el paciente no consumió la sustancia, como solía hacerlo después de terminado el tratamiento con modalidad interna. Este

resultado coincide y confirma el encontrado por otros autores (Higgins et al, 1991; Higgins, Budney, Bickel, Hughes, Foerg, et al., 1993) quienes refieren que el programa de reforzamiento comunitario resulta más efectivo en el mantenimiento de la abstinencia a la sustancias por un tiempo más prolongado.

En este sentido, los datos parecieran indicar que el programa de reforzamiento comunitario es igual de efectivo que el Programa tradicional de AA, para mantener la abstinencia durante la intervención, (Higgins et al, 1991; Higgins, Budney, Bickel, Hughes, Foerg, et al., 1993). Sin embargo, los datos también parecen señalar que el programa de reforzamiento comunitario es más efectivo en el mantenimiento de este cambio.

Con relación al nivel de satisfacción del usuario con cada una de las áreas de su vida, también se observó un incremento. Pareciera ser que el incremento en el costo-oportunidad, de realizar otras actividades cuando el consumo ocurre, cambio, siendo sustituido por la oportunidad de realizar otro tipo de actividades satisfactorias y reforzantes para el individuo. (Higgins, 1996, 1997; Higgins, Bickel, & Hughes, 1994; Higgins, Budney, Bickel, et al., 1994)., Esto es, el cambio en el nivel parece ser producido por los diversos programas de intervención que se establecieron, los cuales transformaron los reforzadores inmediatos disponibles que tenía el usuario antes del tratamiento. En este sentido, el cambio fue gradual en cada una de las áreas, conforme avanzaba el programa. Sin embargo, para tal evaluación sería necesario, realizar evaluación específica a través de un diseño experimental que permita analizar cual es el efecto de cada uno de los componentes del programa.

### LIMITACIONES

No obstante el objetivo del estudio era evaluar el programa de reforzamiento comunitario a través de la reducción del consumo, el tipo de patrón de consumo que el usuario mostró durante la línea base, no permitió verificar la eficacia del programa en cuanto a la reducción. Sin embargo, si fue efectivo en demostrar su efectividad en cuanto al mantenimiento de la abstinencia, obtenida a partir del programa de AA. Evidentemente, esto se resuelve a través de poder evaluar el programa contando con un usuario que presente previo patrón de consumo al inicio de la intervención.

## **Aplicación de un Programa de Intervención Cognitivo Conductual para Rehabilitar a Personas con Consumo Excesivo de Sustancias**

La aplicación del Programa de Intervención Cognitivo-Conductual se llevó a cabo con dos usuarios de sustancias con la finalidad de rehabilitarlos en el consumo de las mismas. A continuación se presentan ambos estudios.

### **Primer usuario**

#### **METODO**

##### *Objetivo*

El objetivo de la presente investigación consistió en reducir el consumo de sustancias de un usuario.

##### *Objetivos específicos*

1. Reducir el consumo de cocaína al iniciar la intervención.
2. Reducir el consumo de alcohol al iniciar la intervención
3. Reducir los niveles de dependencia al alcohol y a la cocaína.
4. Reducir los puntajes de las situaciones de riesgo para el consumo.
5. Incrementar el nivel de confianza situacional ante cada una de las situaciones de riesgo para el consumo.
6. Incrementar el nivel de satisfacción de usuario con cada una de las áreas de su vida: Sobriedad, trabajo, dinero, área social, personal, familiar, etc., después de la instrumentación del programa.

##### *Variables*

- Cantidad de consumo semanal en términos de copas estándar de alcohol.
- Cantidad de consumo semanal en términos de piedras de cocaína.
- Nivel de dependencia a la sustancia.
- Nivel de dependencia al alcohol.
- Puntajes en las situaciones de riesgo para el consumo.
- Nivel de confianza situacional ante las situaciones de riesgo para el consumo.
- Calificación de satisfacción general con las áreas de la vida.

VI: Programa de Reforzamiento Comunitario: Establecimiento de reforzadores recreativos, sociales y familiares, a través de la instrumentación de los programas de entrenamiento en comunicación, solución de problemas, habilidades para rehusarse al consumo y búsqueda de empleo, así como la realización de análisis funcional para la conducta de consumo, de no consumo y de recaídas.

## *Participante*

Se trabajó con una paciente de 29 años de edad, que vivía en unión libre y que presenta consumo de cocaína (Crack) y alcohol. Pertenecía a un nivel socioeconómico medio bajo, con estudios de secundaria y religión católica. La paciente reportaba consumir cocaína fumada y alcohol y haber estado internada previamente al tratamiento durante un mes y medio. No recibió tratamiento médico. La paciente vivía en su casa con su pareja y su hijo de 10 años de edad. Ella se dedicaba al hogar y el era empleado privado.

En cuanto a su historia de consumo de alcohol, reportaba haber iniciado el consumo de alcohol a los 22 años de edad, hace aproximadamente 7 años. Consideraba el consumo de alcohol como un gran problema. Consumía dos botellas de destilados por ocasión cada ocho días, comenzaba el consumo a las 9 o 10 de la noche desde el viernes hasta el domingo. Tardaba consumiendo cada copa de 4 a 5 minutos y se servía la siguiente de manera inmediata. Comenzaba el consumo con su esposo y lo continuaba sola. Generalmente consumía en su casa, en las tardes y noches. Generalmente estaba triste o enojada antes del consumo. Dentro de las consecuencias positivas, reportaba relajación, euforia, sabor de la bebida y desahogo. Dentro de las consecuencias negativas, reportaba dolor de cabeza, náuseas, mareos, problemas familiares, de pareja y conducta agresiva.

Con relación a su historia en el consumo de cocaína, la paciente reportaba consumir cada 15 días al principio y diario en el último mes. Consumía 4 o 5 piedras diarias durante dos horas. Consumía sola, en el comedor de su casa, entre las 3:00 p.m. y las 6:00 p.m., mientras su hijo salía a jugar. Los precipitadores eran tristeza, sensaciones físicas en el estómago, sed, alegría y tensión. Dentro de las consecuencias negativas se encontraban los problemas familiares y de pareja. La paciente reportó consumo actual de tabaco, ½ cajetilla al día.

## *Escenario*

Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro" de la Facultad de Psicología de la UNAM. La cámara de trabajo es un cuarto de 2 X 2 m<sup>2</sup> que cuenta con una mesa, sillas y con un equipo de sonido.

## *Instrumentos*

- Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol, (Raistrick, 1986; Echeverría, Oviedo, y Ayala, 1998). Cuestionario de lápiz y papel de 15 reactivos que evalúa el nivel de dependencia al alcohol. Los datos de confiabilidad test-retest fueron de 0.92. Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:
  - a) Una respuesta de nunca = 0
  - b) Una respuesta de algunas veces = 1

- c) Una respuesta de frecuentemente = 2
- d) Una respuesta de casi siempre = 3

Se obtiene un puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos:

- b) De 1 a 9 = Dependencia baja
  - c) De 10 a 19 = Dependencia media
  - d) 20 o más = Dependencia severa.
- Cuestionario de Abuso de Drogas (Skinner, 1988). Cuestionario de lápiz y papel de 20 reactivos que evalúa el nivel de dependencia a las drogas y tienen opciones de respuesta dicotómica.
  - Entrevista inicial. Cuestionario de Lápiz y papel de 103 reactivos de respuesta abierta que evalúa los datos de identificación, el nivel socio-económico, la historia de consumo de alcohol y otras sustancias, los factores asociados al consumo, y un análisis funcional general de las conductas de consumo.
  - Cuestionario breve de Confianza Situacional (Annis y Graham, 1988; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Cuestionario de lápiz y papel de 8 reactivos con opción de respuesta que va de 0 a 100% que evalúa el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo de consumo. Los puntajes de cada categoría van de 0 a 100, e indican la confianza del paciente en su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de consumir. Por ejemplo, un puntaje de confianza de 0 a 20% en un reactivo indica que el cliente no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para el paciente. Un puntaje de 80% indica mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su consumo ante esa situación y por lo tanto; es una situación de bajo riesgo para el cliente.
  - Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1988; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Es un registro que sirve para medir la conducta de consumo de alcohol u otras sustancias, antes, durante y después del tratamiento. Esta técnica requiere que las personas estimen retroactivamente el consumo diario de alcohol durante un periodo específico. Se les proporciona a las personas un calendario que abarca el periodo que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día o la cantidad de sustancia ingerida. Este método ha sido probado en periodos de hasta 12 meses. Los datos obtenidos en cada uno de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como:
    - a) Número total de días de consumo.
    - b) Número total de copas (o gramos o mililitros) consumidas
    - c) Promedio de consumo por día.
    - d) Porcentaje de días de abstinencia, de bajo consumo, de consumo moderado y de consumo excesivo.

- Análisis Funcional para la conducta de beber, (Azrin, 1973). Formato de registro semi-estructurado, que evalúa los precipitadores externos (con quien, cuando, donde), precipitadores internos (pensamientos, sensaciones físicas y emociones), la conducta de consumo (frecuencia, intensidad, duración), las consecuencias inmediatas (positivas al consumo) y las consecuencias a mediano y largo plazo (negativas del consumo).
- Análisis Funcional para la conducta de no beber, (Azrin, 1973). Formato de registro semi-estructurado, que evalúa los precipitadores externos (con quien, cuando, donde), precipitadores internos (pensamientos, sensaciones físicas y emociones), la conducta de no consumo (frecuencia, duración y topografía), las consecuencias inmediatas (negativas al no consumo) y las consecuencias a mediano y largo plazo (positivas del no consumo).
- Escala de Satisfacción General, (Smith y Meyers, 1995). Cuestionario de Lápiz y papel de 10 reactivos con respuesta tipo likert de 10 opciones (1 completamente insatisfecho hasta 10 completamente satisfecho). Evalúa el nivel de satisfacción del usuario con cada una de las 9 áreas de su vida (Sobriedad, Progreso en el trabajo o en la escuela, Manejo del dinero, Vida social/recreatividad, Hábitos personales, Relaciones familiares o matrimoniales, Situación legal, Vida emocional y Comunicación) y la satisfacción general.
- Formato sobre Metas de tratamiento, (Smith y Meyers, 1995). Formato semi-estructurado de lápiz y papel que, basado en la Escala de Satisfacción General, permite establecer las metas de trabajo para cada una de las 9 áreas de vida, los procedimientos o entrenamientos requeridos para alcanzar la meta y el cronograma de actividades para alcanzarlas.
- Auto-registro. Registro semi-estructurado de lápiz y papel que evalúa, el consumo (frecuencia, duración y topografía), los Precipitadores (internos y externos) y las consecuencias (positivas y negativas) del consumo de manera semanal.

### *Diseño*

Estudio de caso único, A-B-C, donde A constituye la Línea base de la conducta de consumo; B la fase del Tratamiento de AA; y C constituye el programa de reforzamiento comunitario.

## *Procedimiento*

### Línea Base

Se realizó la medición de línea base retrospectiva. Es decir, el paciente reportó el nivel de consumo durante el año previo a la intervención con el programa de reforzamiento comunitario.

### Programa de Intervención con AA

El usuario participó en el programa de intervención de AA, con modalidad de internamiento, en una ocasión durante 12 semanas. El paciente reportó que el tratamiento consistió de reuniones diarias con el grupo de auto-ayuda, donde comentaban sus experiencias con el consumo y se apoyaban mutuamente para mantenerse abstinentes durante cada día.

### Programa de Reforzamiento Comunitario

El programa de intervención tuvo una duración de 19 sesiones en un total de 5 meses de tratamiento con una sesión semanal. La duración de las sesiones era de 2 horas. El programa estuvo constituido por cuatro fases: Evaluación, Análisis Funcional, Intervención y Post-evaluación.

#### Fase 1: Evaluación inicial

La primera fase, con duración de tres sesiones, consistió en la evaluación inicial.

#### Sesión 1

Se aplicó un cuestionario de admisión, la entrevista conductual sobre el consumo de sustancias, la Breve Escala de Dependencia al Alcohol y el Cuestionario de Abuso de Drogas,

#### Sesión 2

Se aplicó el Cuestionario de Confianza Situacional y el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol

#### Sesión 3

Se aplicó la Escala de Satisfacción General y la Línea Base Retrospectiva.

## Fase 2: Análisis Funcional

La segunda fase tuvo una duración de 3 sesiones y consistió en la realización del análisis funcional de la conducta de beber y de la conducta de no beber, la instrumentación de planes de acción, la evaluación de la Satisfacción General, la reinstauración del medicamento y el establecimiento de las metas del tratamiento.

### Sesión 1

Se recogió la hoja semanal de auto-monitoreo, se identificó la etapa de cambio en la que se encontraba el usuario a través de identificar y realzar la motivación. Se revisó la información obtenida en la línea base y se le presentó ésta al usuario comparándola con información estadística importante. Se realizó el análisis funcional del programa de reforzamiento comunitario, identificando los antecedentes y las consecuencias de la conducta de beber y de la de no beber. Así, se logró identificar situaciones de alto riesgo, así como las consecuencias que podían reforzar la conducta de beber y que podían ser elegidas como meta para el cambio. Se analizó la conducta de no beber que le permitió al paciente identificar aquellas conductas placenteras y pro-sociales que ya utilizaba, así como el hecho de que estas también estaban sujetas a ciertas contingencias. Se le dejó de tarea su auto-registro.

### Sesión 2

Se recogió el auto-registro. Se solicitó al usuario una muestra de abstinencia, una vez acordada la meta de sobriedad, el paciente y el terapeuta estructuraron el plan de acción. El terapeuta también estableció la próxima cita, el plan secundario, la revisión de la motivación para el cambio de los pacientes y el reforzamiento positivo. Se dejó de tarea su auto-registro.

### Sesión 3

Se recogió su auto-monitoreo. Se aplicó la escala de Satisfacción General. El plan de tratamiento se desarrolló por medio del uso de esta escala y la Hoja de metas. La escala de Satisfacción le permitió al usuario evaluar su satisfacción actual en nueve áreas de la vida diaria así como su satisfacción general. Por medio de centrarse en la vida del paciente, más que en su consumo, se reforzó la interrelación entre el beber/estar sobrio y la calidad de vida. La hoja de metas reflejó la estructura de la escala de satisfacción general, guiando al paciente a identificar las metas en todas las áreas relevantes de su vida. Se dejó de tarea su auto-monitoreo.

### Fase 3. Intervención

La tercer fase tuvo una duración de 12 sesiones y consistió en la instrumentación del programa de habilidades de comunicación, del programa de solución de problemas, el programa de entrenamiento para rehusarse al consumo, el programa de actividades sociales, el programa de prevención de recaídas y la evaluación de la satisfacción general.

#### Sesión 1 y 2

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. El entrenamiento conductual en habilidades enfatizó la adquisición de las habilidades de comunicación: 1) Proporcionar una oración de entendimiento y empatía; 2) Compartir responsabilidad; y 3) Ofrecer ayuda. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Al final de la sesión se dejó de tarea el practicar las habilidades en dos situaciones en casa y realizar el auto-monitoreo.

#### Sesiones 3, 4 y 5

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En esta sesión se realizó el entrenamiento en solución de problemas: 1) Definición del problema, 2) Generación de alternativas, 3) Decisión sobre una solución y 4) Evaluación de resultados. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Al final de la sesión se dejó de tarea el practicar las habilidades en por lo menos dos situaciones en casa y realizar el auto-monitoreo.

#### Sesión 6, 7 y 8

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En estas sesiones se llevó a cabo el entrenamiento en habilidades para rehusarse al consumo de sustancias: 1) Reclutar el apoyo de familiares y amigos, 2) Revisión de situaciones de alto riesgo identificadas, 3) Aprendizaje de conductas para rehusarse a beber (Decir: "No, Gracias", Observar el lenguaje corporal, Sugerencia de alternativas, Cambiar el tema y Confrontar al agresor) y 4) Reestructuración de pensamiento negativo. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Al final de la sesión se dejó de tarea el practicar las habilidades en cada ocasión que fuera necesario y realizar el auto-monitoreo.

#### Sesión 9, 10 y 11

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En esta sesión el programa sobre actividades recreativas y sociales tuvo como objetivo reemplazar las viejas actividades recreativas relacionadas con el alcohol con actividades recreativas

igualmente o más satisfactorias basadas en la sobriedad. Para lograr que el paciente tuviera su primer contacto con una nueva actividad social, se utilizó la "motivación sistemática". Este componente consistió en: a) Un juego de roles sobre el primer contacto y permítele al cliente hacer la primera llamada desde la oficina del terapeuta. b) contactar al paciente con una persona en una actividad en particular quien la motive a la actividad o acepte recibir al paciente en la puerta; c) en la siguiente sesión, se revisó la experiencia vivida en cuanto al valor de su reforzamiento. Se dejó de tarea el auto-monitoreo.

## Sesión 12

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. Esta sesión se centró en la prevención de recaídas. Consistió en entrenar tanto al usuario como a la otra persona importante para él, a reconocer los signos que indicaran posibles recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento. Se discutieron posibles sesiones adicionales y sus contenidos. Se dejó de tarea el auto registro.

## Fase 4. Post evaluación

La cuarta fase tuvo una duración de una sesión y consistió en la evaluación post del programa de reforzamiento comunitario.

## RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos con relación al patrón de consumo, los niveles de dependencia, los puntajes en situaciones de riesgo, los niveles de confianza situacional y los niveles de satisfacción general.

En la figura 47, se muestra el patrón de consumo de alcohol y cocaína del usuario durante las fases de línea base y dos diferentes tratamientos. Como puede observarse el consumo semanal se redujo a cero para las dos sustancias registradas.

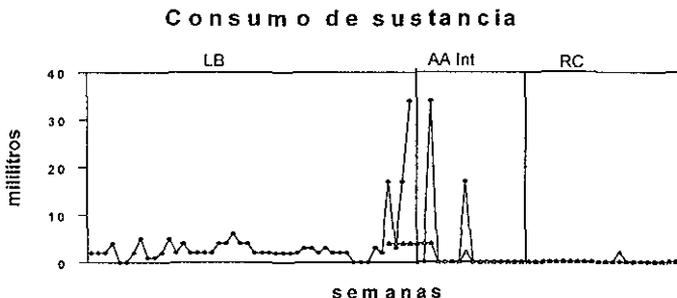


Figura 47. Muestra el patrón de consumo de alcohol y cocaína durante la línea base, un tratamiento previo y el programa de intervención.

Como muestra la figura 48, el usuario reporto un puntaje de 16 en el Cuestionario de Abuso de Drogas (Consumo severo) antes de la intervención y un puntaje de 3 después de la misma; En la Breve Escala de Dependencia al Alcohol reportó un puntaje de 40 (dependencia severa) antes del programa y 0 después del mismo.

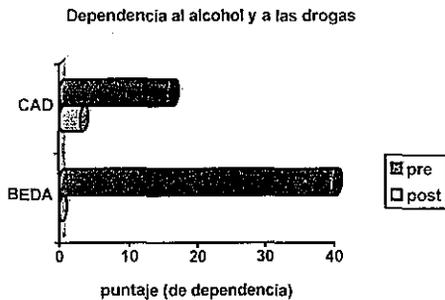


Figura 48. Muestra los puntajes de dependencia al alcohol y a las drogas antes y después de programa de intervención.

En la figura 49, se pueden observar los puntajes obtenidos en el Inventario situacional de consumo de alcohol. Obsérvese que en general todas las situaciones de riesgo mostraron puntajes altos.

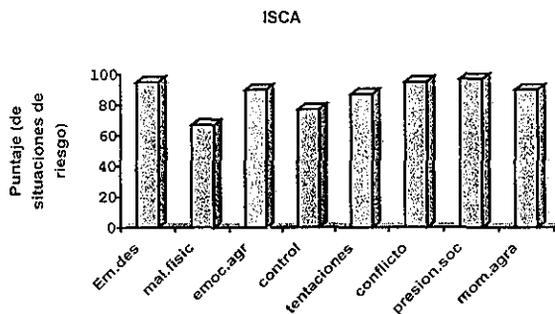


Figura 49. Muestra los puntajes del Inventario de situaciones de riesgo antes de la intervención.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

En la figura 50, se pueden observar los índices de confianza situacional del paciente. Nótese que la confianza se incrementó para todas las situaciones de riesgo percibidas.

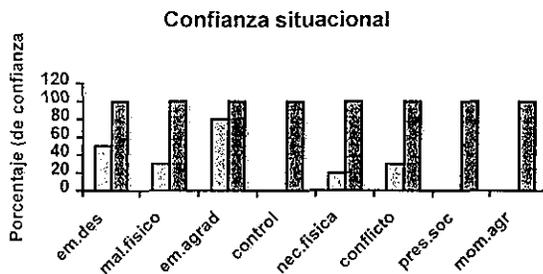


Figura 50. Muestra los porcentajes de confianza situacional del usuario antes y después de la intervención.

En cuanto a la satisfacción con cada una de las áreas de su vida, en la figura 60 y 61, se puede observar que los niveles incrementaron de un promedio de 7.6 en la evaluación pre a 8.3 en la evaluación post.



Figura 60. Muestra los puntajes de satisfacción general del usuario, antes y después de la intervención.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Escala de Satisfacción General 2a Parte

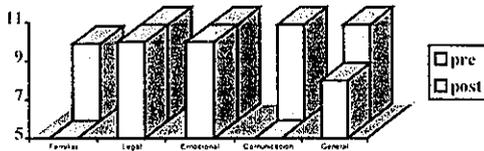


Figura 61. Muestra los puntajes de satisfacción general del usuario, antes y después de la intervención.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio consistió en reducir el patrón de consumo de alcohol y cocaína en el usuario, en reducir el nivel de dependencia a la sustancia y al alcohol, en incrementar los niveles de confianza situacional ante las situaciones de riesgo y en incrementar los niveles de satisfacción con la áreas de la vida del usuario. De acuerdo con los resultados obtenidos se puede decir que el nivel de consumo del usuario se redujo a cero con una sola recaída durante la aplicación del programa, confirmando los resultados reportados por Hunt y Azrin, (1973) quienes han utilizado el modelo, particularmente sin el uso de disulfiram u otros medicamentos .

De acuerdo con los resultados, el nivel de consumo se encontraba muy alto previo al tratamiento de AA. El uso de alcohol y cocaína era continuado. Como indicaron los resultados el consumo se redujo con la intervención de AA, no obstante, el consumo continuó ocurriendo. Finalmente, con la introducción del Modelo de Reforzamiento Comunitario, se pudo observar una reducción importante en el consumo. No obstante, pareciera ser que para afirmar confiablemente que fue el modelo el responsable definitivo del cambio, se requeriría un diseño que permita un control más estricto de las variables de estudio. Evidentemente, podrían agregarse evaluaciones conductuales más detalladas de la adquisición de las habilidades entrenadas y como estas resultan efectivas en la reducción del consumo de sustancias.

No obstante a lo señalado, si resulta evidente que el modelo facilitó el mantenimiento de la abstinencia tal como lo señalan Higgins et al, (1991) y Higgins, Budney, Bickel, Hughes, Foerg, et al., (1993), quienes refieren que el programa de reforzamiento comunitario resulta más efectivo en el mantenimiento de la abstinencia a la sustancias por un tiempo más prolongado.

Al igual que en el primer caso utilizado para evaluar el modelo (refiérase a la primera parte de este apartado), los datos parecieran señalar que a pesar de que el programa de reforzamiento comunitario resulto ser igual de efectivo que el Programa tradicional de AA, para mantener la abstinencia durante la intervención, (Higgins et al, 1991; Higgins, Budney, Bickel, Hughes, Foerg, et al., 1993), el programa de reforzamiento comunitario parece ser más efectivo en el mantenimiento de este cambio.

Con respecto a los niveles de dependencia, los resultados señalan que hubo un decremento importante en estos al final del tratamiento, comparados con el nivel previo. Así mismo, los niveles de confianza situacional ante situaciones de riesgo, incrementaron de forma considerable después de la intervención.

Con relación al nivel de satisfacción del usuario con cada una de las áreas de su vida, también se observó un incremento importante. Pareciera ser que hubo un cambio en el tipo de actividades realizadas por la usuaria, siendo sustituido el consumo por la oportunidad de realizar otro tipo de actividades satisfactorias y reforzantes para el individuo, lo cual favorece el costo-oportunidad del consumo de sustancias, tal como lo señalan Higgins, (1996, 1997), Higgins, Bickel, & Hughes, (1994) y Higgins, Budney, Bickel, et al., (1994).

No obstante a que el diseño utilizado no es el ideal (falta el seguimiento), pareciera ser que los cambios reportados por la participante se deben a la aplicación de los diversos programas de intervención que se establecieron, los cuales transformaron los reforzadores inmediatos disponibles que tenía el usuario antes del tratamiento. Sin embargo, para tal evaluación sería necesario, realizar evaluación específica a través de un diseño experimental que permita analizar cual es el efecto de cada uno de los componentes del programa.

### **LIMITACIONES**

Evidentemente, el no haber llevado a cabo evaluaciones conductuales de cada uno de los componentes del programa limita el grado afirmación que se puede realizar sobre la efectividad del programa ante la reducción en el consumo de sustancias. Este tipo de evaluaciones adicionales permitirían analizar el efecto de cada uno de los programas de intervención.

## Segundo usuario

### MÉTODO

#### *Objetivo*

El objetivo de la presente investigación consistió en reducir el consumo de sustancias de un usuario.

#### *Objetivos específicos*

1. Reducir el consumo de alcohol al iniciar la intervención.
2. Reducir el consumo de cemento al iniciar la intervención.
3. Reducir los niveles de dependencia al alcohol y al cemento.
4. Incrementar el nivel de confianza situacional ante cada una de las situaciones de riesgo para el consumo.
5. Incrementar el nivel de satisfacción de usuario con cada una de las áreas de su vida: Sobriedad, trabajo, dinero, área social, personal, familiar, etc., después de la instrumentación del programa.

#### *Variables*

- Cantidad de consumo semanal en términos de copas estándar de alcohol.
- Cantidad de consumo semanal de cemento en términos de porcentaje de días de consumo.
- Nivel de dependencia a la sustancia.
- Nivel de dependencia al alcohol.
- Nivel de confianza situacional ante cada una de las situaciones de riesgo para el consumo.
- Calificación de satisfacción general con las áreas de la vida.

VI: Programa de Reforzamiento Comunitario: Establecimiento de reforzadores recreativos, sociales y familiares, a través de la instrumentación de los programas de entrenamiento en comunicación, solución de problemas, habilidades para rehusarse al consumo, así como la realización de análisis funcional para la conducta de consumo, de no consumo y de recaídas.

#### *Participante*

Se trabajó con un usuario de 43 años de edad, que vivía en unión libre y que presentaba consumo de cemento y alcohol. Pertenecía a un nivel socioeconómico medio, con estudios de preparatoria. El paciente reportaba consumir cemento desde los 13 años de edad (hacia 30 años), alcohol desde los 12 años (hacia 31 años), marihuana desde los 13 (hacia 30 años) y haber consumido cocaína inhalada durante un año y medio, hacia 4 años. Reportó haber

estado internado en tres ocasiones sin resultados favorables. El paciente vivía en su casa con su pareja. El usuario estaba desempleado.

En cuanto a su historia de consumo de alcohol, reportaba haber iniciado el consumo de alcohol desde hacia 30 años. No consideraba el consumo de alcohol como un gran problema. Consumía regularmente de 6 a 9 copas estándar de cerveza por ocasión, cada dos o tres días. En ocasiones comenzaba el consumo con su esposa y lo continuaba solo, pero generalmente consumía solo. en su casa, en las tardes y noches. Reportaba consumir en toda ocasión, tanto cuando estaba triste como cuando estaba enojado, pero principalmente cuando no tenía una actividad específica. Dentro de las consecuencias positivas, reportaba relajación, euforia, y el sabor de la bebida. Dentro de las consecuencias negativas, reportaba básicamente problemas de pareja.

Con respecto al consumo del cemento, reportaba consumirlo desde los 13 años de edad, todos los días, un botecito de cemento. Considera al consumo de cemento como un gran problema. Consumía solo por las noches, toda la noche. Los precipitadores principales para el consumo de cemento, eran los pensamientos relacionados con la falta de empleo y decepción laboral. Dentro de las consecuencias positivas se encontraban el lograr olvidar los problemas económicos y laborales. Dentro de las consecuencias negativas, reportaba los problemas de pareja, los problemas económicos y la pérdida del empleo.

Con respecto al consumo de cocaína, el usuario reportaba haberla consumido a los 39 años de edad durante un año y medio, de forma inhalada, y en su estancia en la cárcel sin aparente patrón de consumo. Reporta haber dejado el consumo de cocaína desde que salió del Reclusorio, hacia tres años.

Con respecto al consumo de marihuana, reportaba consumir un cigarro diario, por las tardes después de las 5:00 p.m. generalmente acompañado de su pareja. No reporta al consumo de marihuana como un problema. Los precipitadores eran elevada tensión y necesidad de relajación. Dentro de las consecuencias positivas se encontraban la relajación y dormir después del consumo. Dentro de las consecuencias negativas no reportó ninguna.

## Escenario

Centro Comunitario "Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro" de la Facultad de Psicología de la UNAM. La cámara de trabajo es un cuarto de 2 X 2 m<sup>2</sup> que cuenta con una mesa, sillas y con un equipo de sonido.

## Instrumentos

- Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol, (Raistrick, 1986; Echeverría, Oviedo, y Ayala, 1998). Cuestionario de lápiz y papel de 15 reactivos que evalúa el nivel de dependencia al alcohol. Los datos de confiabilidad test-retest fueron de 0.92. Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:
  - a) Una respuesta de nunca = 0
  - b) Una respuesta de algunas veces = 1
  - c) Una respuesta de frecuentemente = 2
  - d) Una respuesta de casi siempre = 3

Se obtiene un puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos:

- a) De 1 a 9 = Dependencia baja
- b) De 10 a 19 = Dependencia media
- c) 20 o más = Dependencia severa.
- Cuestionario de Abuso de Drogas (Skinner, 1988). Cuestionario de lápiz y papel de 20 reactivos que evalúa el nivel de dependencia a las drogas y tienen opciones de respuesta dicotómica.
- Entrevista inicial. Cuestionario de Lápiz y papel de 103 reactivos de respuesta abierta que evalúa los datos de identificación, el nivel socio-económico, la historia de consumo de alcohol y otras sustancias, los factores asociados al consumo, y un análisis funcional general de las conductas de consumo.
- Cuestionario breve de Confianza Situacional (Annis y Graham, 1988; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Cuestionario de lápiz y papel de 8 reactivos con opción de respuesta que va de 0 a 100% que evalúa el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo de consumo. Los puntajes de cada categoría van de 0 a 100, e indican la confianza del paciente en su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de consumir. Por ejemplo, un puntaje de confianza de 0 a 20% en un reactivo indica que el cliente no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para el paciente. Un puntaje de 80% indica mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su consumo ante esa situación y por lo tanto, es una situación de bajo riesgo para el cliente.
- Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1988; Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Es un registro que sirve para medir la conducta de consumo de

alcohol u otras sustancias, antes, durante y después del tratamiento. Esta técnica requiere que las personas estimen retroactivamente el consumo diario de alcohol durante un periodo específico. Se les proporciona a las personas un calendario que abarca el periodo que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día o la cantidad de sustancia ingerida. Este método ha sido probado en periodos de hasta 12 meses. Los datos obtenidos en cada uno de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como:

- a) Número total de días de consumo.
  - b) Número total de copas (o gramos o mililitros) consumidas
  - c) Promedio de consumo por día.
  - d) Porcentaje de días de abstinencia, de bajo consumo, de consumo moderado y de consumo excesivo.
- Análisis Funcional para la conducta de beber, (Azrin, 1973). Formato de registro semi-estructurado, que evalúa los precipitadores externos (con quien, cuando, donde), precipitadores internos (pensamientos, sensaciones físicas y emociones), la conducta de consumo (frecuencia, intensidad, duración), las consecuencias inmediatas (positivas al consumo) y las consecuencias a mediano y largo plazo (negativas del consumo).
  - Análisis Funcional para la conducta de no beber, (Azrin, 1973). Formato de registro semi-estructurado, que evalúa los precipitadores externos (con quien, cuando, donde), precipitadores internos (pensamientos, sensaciones físicas y emociones), la conducta de no consumo (frecuencia, duración y topografía), las consecuencias inmediatas (negativas al no consumo) y las consecuencias a mediano y largo plazo (positivas del no consumo).
  - Escala de Satisfacción General, (Smith y Meyers, 1995). Cuestionario de Lápiz y papel de 10 reactivos con respuesta tipo likert de 10 opciones (1 completamente insatisfecho hasta 10 completamente satisfecho). Evalúa el nivel de satisfacción del usuario con cada una de las 9 áreas de su vida (Sobriedad, Progreso en el trabajo o en la escuela, Manejo del dinero, Vida social/recreatividad, Hábitos personales, Relaciones familiares o matrimoniales, Situación legal, Vida emocional y Comunicación) y la satisfacción general.
  - Formato sobre Metas de tratamiento, (Smith y Meyers, 1995). Formato semi-estructurado de lápiz y papel que, basado en la Escala de Satisfacción General, permite establecer las metas de trabajo para cada una de las 9 áreas de vida, los procedimientos o entrenamientos requeridos para alcanzar la meta y el cronograma de actividades para alcanzarlas.
  - Auto-registro. Registro semi-estructurado de lápiz y papel que evalúa, el consumo (frecuencia, duración y topografía), los Precipitadores (internos y

externos) y las consecuencias (positivas y negativas) del consumo de manera semanal.

### *Diseño*

Estudio de caso único, A-B-A-B, donde A constituye la Línea base de la conducta de consumo y B la fase de aplicación del programa de reforzamiento comunitario. Es importante señalar que en este caso, la segunda medición de Línea Base no fue intencional, es decir se tuvo la oportunidad de la medición por un periodo de interrupción del tratamiento por parte del usuario.

### *Procedimiento*

#### Línea Base

Se realizaron dos mediciones de Línea fase. En la primera medición de línea base retrospectiva reportó el nivel de consumo durante el año previo a la intervención con el programa de reforzamiento comunitario. En la segunda fase, el paciente interrumpió su participación dentro del programa durante 4 semanas consecutivas en las cuales, a pesar del intento de hacer contacto, no fue posible lograrlo.

#### Programa de Reforzamiento Comunitario

El programa tuvo una duración de 28 sesiones en un total de 6 meses de tratamiento con una sesión semanal. La duración de las sesiones era de 2 horas. El programa estuvo constituido por cuatro fases: Evaluación, Análisis Funcional, Intervención y Post-evaluación.

#### Fase 1: Evaluación inicial

La primera fase, con duración de tres sesiones, consistió en la evaluación inicial.

#### Sesión 1

Se aplicó un cuestionario de admisión, la entrevista conductual sobre el consumo de sustancias, la Breve Escala de Dependencia al Alcohol y el Cuestionario de Abuso de Drogas,

#### Sesión 2

Se aplicó el Cuestionario de Confianza Situacional y el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol

#### Sesión 3

Se aplicó la Escala de Satisfacción General y la Línea Base Retrospectiva.

## Fase 2: Análisis Funcional

La segunda fase tuvo una duración de 3 sesiones y consistió en la realización del análisis funcional de la conducta de beber y de la conducta de no beber, la instrumentación de planes de acción, la evaluación de la Satisfacción General, la reinstauración del medicamento y el establecimiento de las metas del tratamiento.

### Sesión 1

Se recogió la hoja semanal de auto-monitoreo, se identificó la etapa de cambio en la que se encontraba el usuario a través de identificar y realzar la motivación. Se revisó la información obtenida en la línea base y se le presentó ésta al usuario comparándola con información estadística importante. Se realizó el análisis funcional del programa de reforzamiento comunitario, identificando los antecedentes y las consecuencias de la conducta de beber y de la de no beber. Así, se logró identificar situaciones de alto riesgo, así como las consecuencias que podían reforzar la conducta de beber y que podían ser elegidas como meta para el cambio. Se analizó la conducta de no beber que le permitió al paciente identificar aquellas conductas placenteras y pro-sociales que ya utilizaba, así como el hecho de que estas también estaban sujetas a ciertas contingencias. Se le dejó de tarea su auto-registro.

### Sesión 2

Se recogió el auto-registro. Se solicitó al usuario una muestra de abstinencia, Una vez acordada la meta de sobriedad, el paciente y el terapeuta estructuraron el plan de acción. El terapeuta también estableció la próxima cita, el plan secundario, la revisión de la motivación para el cambio de los pacientes y el reforzamiento positivo. Se dejó de tarea su auto-registro.

### Sesión 3

Se recogió su auto-monitoreo. Se aplicó la escala de Satisfacción General. El plan de tratamiento se desarrolló por medio del uso de esta escala y la Hoja de metas. La escala de Satisfacción le permitió al usuario evaluar su satisfacción actual en nueve áreas de la vida diaria así como su satisfacción general. Por medio de centrarse en la vida del paciente, mas que en su consumo, se reforzó la interrelación entre el beber/estar sobrio y la calidad de vida. La hoja de metas reflejó la estructura de la escala de satisfacción general, guiando al paciente a identificar las metas en todas las áreas relevantes de su vida. Se dejó de tarea su auto-monitoreo.

### Fase 3. Intervención

La tercer fase tuvo una duración de 22 sesiones y consistió en la instrumentación del programa de habilidades de comunicación, del programa de solución de problemas y el programa de entrenamiento para rehusarse al consumo, búsqueda de empleo, el programa de actividades sociales, la instrumentación de planes de acción, el programa de prevención de recaídas y la evaluación de la satisfacción general.

#### Sesión 1, 2 y 3

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. El entrenamiento conductual en habilidades enfatizó la adquisición de las habilidades de comunicación: 1) Proporcionar una oración de entendimiento y empatía; 2) Compartir responsabilidad; y 3) Ofrecer ayuda. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Al final de la sesión se dejó de tarea el practicar las habilidades en dos situaciones en casa y realizar el auto-monitoreo.

#### Sesiones 3, 4, 5 y 6

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En estas sesiones se llevó a cabo el entrenamiento en solución de problemas: 1) Definición del problema, 2) Generación de alternativas, 3) Decisión sobre una solución y 4) Evaluación de resultados. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Al final de la sesión se dejó de tarea el practicar las habilidades en por lo menos dos situaciones en casa y realizar el auto-monitoreo.

#### Sesión 7, 8 y 9

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En estas sesiones se llevó a cabo el entrenamiento en habilidades para rehusarse al consumo de sustancias: 1) Reclutar el apoyo de familiares y amigos, 2) Revisión de situaciones de alto riesgo identificadas, 3) Aprendizaje de conductas para rehusarse a beber (Decir: "No, Gracias", Observar el lenguaje corporal, Sugerencia de alternativas, Cambiar el tema y Confrontar al agresor) y 4) Reestructuración de pensamiento negativo. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Al final de la sesión se dejó de tarea el practicar las habilidades en cada ocasión que fuera necesario y realizar el auto-monitoreo.

#### Sesión 10, 11, 12 y 13

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En estas sesión el terapeuta se enfocó en las habilidades para obtener empleo que ayudaban al individuo a

obtener uno apropiado. Se identificaron escenarios de trabajo con alto y bajo riesgo para las recaídas y se revisaron las habilidades de ejecución para pedir empleo (P.ej., puntualidad, atuendo apropiado, etc.). Se realizaron ensayos conductuales sobre como desarrollar una buena entrevista de empleo. En el caso de este usuario en particular se ensayaron las habilidades para contactar a su jefe anterior y recobrar su antiguo empleo.

#### Sesión 14, 15 y 16.

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En esta sesión el programa sobre actividades recreativas y sociales tuvo como objetivo reemplazar las viejas actividades recreativas relacionadas con el alcohol con actividades recreativas igualmente o más satisfactorias basadas en la sobriedad. Para lograr que el paciente tuviera su primer contacto con una nueva actividad social, se utilizó la "motivación sistemática". Este componente consistió en: a) Un juego de roles sobre el primer contacto y permítele al cliente hacer la primera llamada desde la oficina del terapeuta. b) contactar al paciente con una persona en una actividad en particular quien la motive a la actividad o acepte recibir al paciente en la puerta; c) en la siguiente sesión, se revisó la experiencia vivida en cuanto al valor de su reforzamiento. Se dejó de tarea el auto-monitoreo.

Es importante señalar, que después de la sesión 16, ocurrió la interrupción del tratamiento, el cual se reanudó 4 semanas después.

#### Sesión 17

Se aplicó nuevamente la fase de análisis funcional. De tal manera que se recogió la hoja semanal de auto-monitoreo, se identificó la etapa de cambio en la que se encontraba el usuario a través de identificar y realzar la motivación. Se revisó la información obtenida en la segunda línea base y se le presentó ésta al usuario comparándola con información estadística importante. Se realizó el análisis funcional del programa de reforzamiento comunitario, identificando los antecedentes y las consecuencias de la conducta de beber y de la de no beber. Así, se logró identificar situaciones de alto riesgo, así como las consecuencias que podían reforzar la conducta de beber y que podían ser elegidas como meta para el cambio. Se analizó la conducta de no beber que le permitió al paciente identificar aquellas conductas placenteras y pro-sociales que ya utilizaba, así como el hecho de que estas también estaban sujetas a ciertas contingencias. Se le dejó de tarea su auto-registro.

#### Sesión 18

Se recogió el auto-registro. Se solicitó al usuario una muestra de abstinencia, Una vez acordada la meta de sobriedad, el paciente y el terapeuta estructuraron el plan de acción. Se aplicó la escala de Satisfacción General. El plan de tratamiento se desarrolló por medio del uso de esta escala y la Hoja de metas. La escala de Satisfacción le permitió al usuario evaluar su satisfacción

actual en nueve áreas de la vida diaria así como su satisfacción general. Por medio de centrarse en la vida del paciente, más que en su consumo, se reforzó la interrelación entre el beber/estar sobrio y la calidad de vida. La hoja de metas reflejó la estructura de la escala de satisfacción general, guiando al paciente a identificar las metas en todas las áreas relevantes de su vida. Se dejó de tarea su auto-monitoreo.

#### Sesión 19

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. Se volvió a realizar el entrenamiento conductual en habilidades enfatizó la adquisición de las habilidades de comunicación: 1) Proporcionar una oración de entendimiento y empatía; 2) Compartir responsabilidad; y 3) Ofrecer ayuda. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Al final de la sesión se dejó de tarea el practicar las habilidades en dos situaciones en casa y realizar el auto-monitoreo.

#### Sesión 20

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. Se realizó un re-entrenamiento en solución de problemas: 1) Definición del problema, 2) Generación de alternativas, 3) Decisión sobre una solución y 4) Evaluación de resultados. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Al final de la sesión se dejó de tarea el practicar las habilidades en por lo menos dos situaciones en casa y realizar el auto-monitoreo.

#### Sesión 21

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. En esta sesión se llevó a cabo el re-entrenamiento en habilidades para rehusarse al consumo de sustancias: 1) Reclutar el apoyo de familiares y amigos, 2) Revisión de situaciones de alto riesgo identificadas, 3) Aprendizaje de conductas para rehusarse a beber (Decir: "No, Gracias", Observar el lenguaje corporal, Sugerencia de alternativas, Cambiar el tema y Confrontar al agresor) y 4) Reestructuración de pensamiento negativo. Los procedimientos consistieron en la instrucción verbal, modelamiento, ensayo conductual con el usuario y Retroalimentación. Asimismo, en esta sesión se repasó el programa sobre actividades recreativas y sociales que tuvo como objetivo reemplazar las viejas actividades recreativas relacionadas con el alcohol con actividades recreativas igualmente o más satisfactorias basadas en la sobriedad. Se dejó de tarea el auto-monitoreo.

#### Sesión 22

Se recogió y revisó la forma de auto-registro. Esta sesión se centró en la prevención de recaídas. Consistió en entrenar tanto al usuario como a la otra persona importante para él, a reconocer los signos que indicaran posibles

recaídas y a desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento. Se discutieron posibles sesiones adicionales y sus contenidos. Se dejó de tarea el auto registro.

#### Fase 4. Post evaluación

La cuarta fase tuvo una duración de una sesión y consistió en la evaluación post del programa de reforzamiento comunitario.

### RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos con relación al patrón de consumo, los niveles de dependencia, los niveles de confianza situacional y los niveles de satisfacción general.

En la figura 62, se muestra el patrón de consumo de alcohol del usuario durante la línea base, tratamiento y seguimiento. Obsérvese que durante las fases de tratamiento el patrón de consumo de alcohol se reduce paulatinamente y que en las fases de Línea base el patrón se recupera.

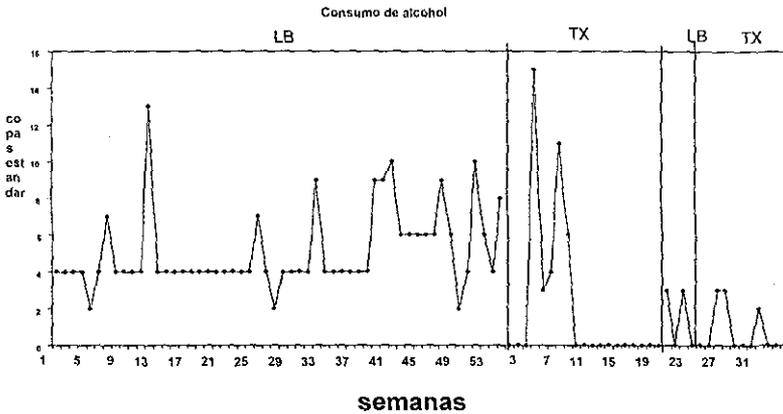


Figura 62. Muestra los niveles patrones de consumo del usuario durante las fases de línea base tratamiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la figura 63, se muestra el consumo de cemento del usuario durante las líneas base y las fases de intervención. Obsérvese como el consumo se reduce paulatinamente durante las fases de tratamiento y se recupera durante la segunda fase de línea base.

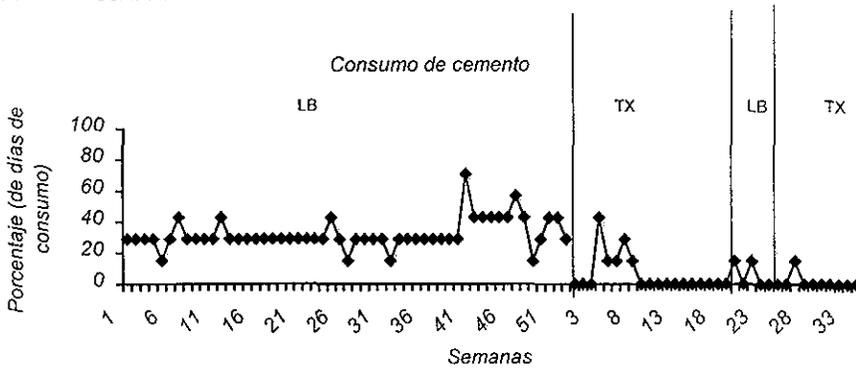


Figura 63. Muestra el nivel de consumo de cemento del usuario durante las fases de línea base y tratamiento

Como muestra la figura 64, el usuario reporto un puntaje de 16 en el Cuestionario de Abuso de Drogas (Consumo severo) antes de la intervención y un puntaje de 5 después de la misma; En la Breve Escala de Dependencia al Alcohol reportó un puntaje de 10 (dependencia baja) antes del programa y 0 después del mismo.

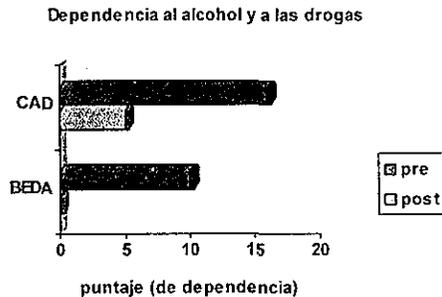


Figura 64. Muestra los niveles de dependencia al alcohol y a las drogas antes y después del programa de intervención.



En la figura 65, se pueden observar los puntajes obtenidos en el Inventario situacional de consumo de alcohol. Nótese que los puntajes más altos se distribuyen a través de situaciones de riesgo relacionadas con las emociones agradables (43), el control (35), la presión social y los momentos agradables (25).

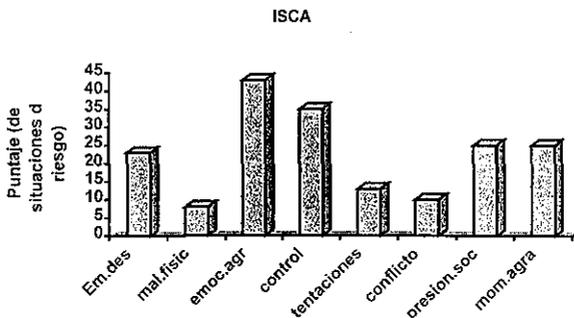


Figura 65. Muestra los puntajes obtenidos en el inventario de situaciones de riesgo del usuario antes de la intervención.

En la figura 66, se pueden observar los índices de confianza situacional del paciente. Nótese que se incrementaron los niveles de confianza de todas las situaciones de riesgo, no obstante los puntajes iniciales no eran muy bajos.

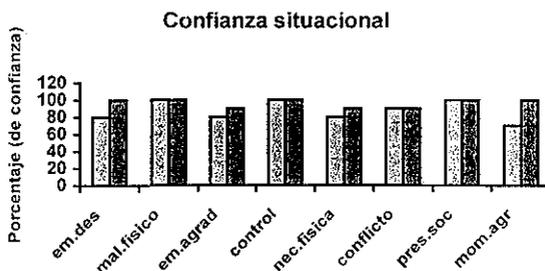


Figura 66. Muestra los niveles de confianza situacional del usuario antes y después del programa de intervención.

En cuanto a la satisfacción con cada una de las áreas de su vida, en la figura 67 y 68, se puede observar que los niveles incrementaron de un promedio de 8.9 en las evaluación pre a 9.3 después del tratamiento.

**Escala de Satisfacción General**

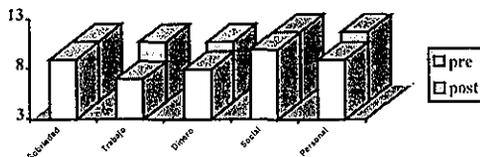


Figura 67. Muestra los niveles satisfacción general con las áreas de la vida del usuario, antes y después del programa de intervención.

**Escala de Satisfacción General 2a Parte**

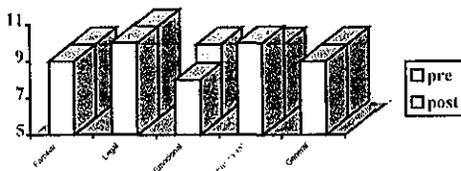


Figura 68. Muestra los niveles satisfacción general con las áreas de la vida del usuario, antes y después del programa de intervención.

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio consistió en reducir el patrón de consumo de alcohol y cemento del usuario, en reducir el nivel de dependencia a la sustancia y al alcohol, en incrementar los niveles de confianza situacional ante las situaciones de riesgo y en incrementar los niveles de satisfacción con la áreas de la vida del usuario. De acuerdo con los resultados obtenidos se puede decir que el nivel de consumo del usuario se redujo paulatinamente comparado con los niveles de consumo presentados durante la línea base retrospectiva y la segunda medición de línea base. Dichos resultados permiten afirmar que el programa de intervención es el responsable del cambio en el nivel de consumo y en el número de días de abstinencia. Nuevamente, los resultados confirman la efectividad del tratamiento reportada por autores como Higgins et al, (1991) y Higgins, Budney, Bickel, Hughes, Foerg, et al., (1993).

De nuevo, y aunque en esta ocasión el diseño aplicado permite observar los cambios evidentes debidos al tratamiento, podrían agregarse evaluaciones conductuales más detalladas para analizar la adquisición de las habilidades entrenadas y como estas resultan efectivas en la reducción del consumo de sustancias.

Con respecto a los niveles de dependencia, los resultados señalan que hubo un decremento importante en estos al final del tratamiento, comparados con el nivel previo. Así mismo, los niveles de confianza situacional ante situaciones de riesgo, incrementaron de forma considerable después de la intervención.

Con relación al nivel de satisfacción del usuario con cada una de las áreas de su vida, también se observó un incremento importante, excepto para el área de comunicación. Pareciera ser que hubo un cambio en el tipo de actividades realizadas por el usuario, siendo sustituido el consumo por la oportunidad de realizar otro tipo de actividades satisfactorias y reforzantes para el individuo, lo cual favorece el costo-oportunidad del consumo de sustancias, tal como lo señalan Higgins, (1996, 1997), Higgins, Bickel, & Hughes, (1994) y Higgins, Budney, Bickel, et al., (1994). Dentro de estos cambios, la recuperación del empleo parece haber sido crucial. En cuanto a la reducción en la satisfacción con el área de la comunicación, podría explicarse debido a que la instrumentación de las habilidades de dicho programa fueron "difíciles" de realizar, de acuerdo con la percepción del usuario.

## LIMITACIONES

Evidentemente, el no haber llevado a cabo evaluaciones conductuales de cada uno de los componentes del programa genera una pérdida de información relevante con respecto a la adquisición de las habilidades entrenadas. Por lo que agregar dichas mediciones resolvería el problema.

## **ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS**

La oportunidad de traducir, adaptar e instrumentar el Manual del Programa de reforzamiento comunitario permitió adquirir una serie de habilidades y competencias profesionales importantes entre las que se encuentran la capacidad de adaptación de procedimientos cognitivo-conductuales de intervención, la capacidad de evaluación de tales procedimientos a través de la instrumentación de un proyecto de investigación, el manejo adecuado y oportuno de usuarios crónicos de sustancias como el alcohol y otras drogas, la toma de decisiones oportuna sobre la instrumentación de los diversos subprogramas de intervención, la realización apropiada de las técnicas para la adquisición de habilidades por parte de los usuarios, como lo son la instrucción verbal, el ensayo conductual, la práctica positiva, la retroalimentación y la asignación y revisión de tareas.

## **V. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.**

Finalmente, este apartado tiene el objetivo de presentar el resultado de algunas de las actividades ya descritas en los apartados anteriores, así como de otras actividades extras desarrolladas durante la residencia en adicciones.

A lo largo de la Residencia en adicción se presentó la oportunidad de participar junto con el Dr. Ayala, como supervisora académica de 60 alumnos en el Programa de Internado en Psicología de la Salud realizando las siguientes actividades:

- Traducción y Adaptación del Programa de Herramientas Comunitarias (Fawcett, 2000), para la promoción de la salud a través de programas de prevención universal contra el consumo de adicciones.
- Programación e instrumentación del Seminario-Taller “Paquete de Herramientas Comunitarias” (a través de la instrucción, modelamiento de habilidades, ensayos conductuales y retroalimentación), formado por los componentes:
  - > Contexto de la comunidad y planeación
  - > Acción e intervención comunitaria
  - > Comunidad y sistemas de cambio
  - > Factores de riesgo y de protección y amplios cambios de conducta
  - > Mejoría de resultados más a largo plazo (metas a largo plazo)
- Programación e instrumentación del seminario-taller: Estilos de crianza y prevención de habilidades relacionadas con futura conducta adictiva (a través de la instrucción, modelamiento de habilidades, ensayos conductuales y retroalimentación), formado por los siguientes componentes:
  - > Evaluación y entrevista conductual.
  - > Aplicación y calificación de instrumentos psico-métricos de evaluación.
  - > Entrenamiento en el manejo, observación y registros de conductas relacionadas con los estilos de crianza.
  - > Entrenamiento a padres en estilos de crianza efectivos
  - > Inventario de Prevención de accidentes en el hogar.
  - > Entrenamiento en solución de problemas y habilidades de comunicación como factores protectores contra las adicciones.

#### Elaboración de materiales para la difusión y prevención de las adicciones:

- Traducción y adaptación del Manual de Reforzamiento Comunitario para Bebedores problema: Morales Chainé, S. Y Ayala Velázquez, H. (2000). Adaptado de Meyers y Smith, (1995).
- Creación de un tríptico de difusión para el programa de reforzamiento comunitario.
- Creación de dos posters para la difusión del programa.
- Creación de un volante para la difusión del programa.

#### Participación en eventos académicos y de difusión:

- Barragán Torres, N., Morales Chainé, S., y Ayala Velázquez, H. (2000). Evaluación y promoción de la salud en siete comunidades del distrito federal. Cartel presentado en el Fifth Global Conference on Health Promotion. México, D.F.
- Morales Chainé, S., Carrascoza, C. y Ayala Velázquez, H. (2000). Programa de reforzamiento comunitario para bebedores problema. Ponencia presentada en el Quinto Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta. Xalapa, Veracruz.
- Barragán Torres, N., Morales Chainé, S., y Ayala Velázquez, H. (2000). Evaluación y promoción de la salud en siete comunidades del distrito federal. Ponencia presentada en el Quinto Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta. Xalapa, Veracruz.
- Morales Chainé S., Carrascoza, C., y Ayala Velázquez, H. (2001). Programa de reforzamiento comunitario para bebedores problema. Ponencia presentada en el II Coloquio Internacional sobre prevención y tratamiento de conductas adictivas. México, D.F.
- Barragán Torres L., Morales Chainé, S. Y Ayala Velázquez, H. (2001). Programa de intervención comunitaria para consumidores de sustancias adictivas. Ponencia presentada en el XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Edo. de México.
- Morales Chainé, S. Barragán Torres, N. y Ayala Velázquez, H. Evaluación y promoción de la salud en diversas comunidades del Distrito Federal. XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Edo. de México.

Asistencia a cursos adicionales:

- "La Entrevista Motivacional". 4 horas teórico-práctico. 1 de Marzo del 2001. Dra. Carolina Yahne. II Coloquio Internacional sobre Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología, UNAM.
- "Marital Counseling". 4 horas teórico-prácticas. 19 de Julio del 2001. Dra. Victoria Azrin. XV Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Universidad Autónoma del Edo. de México.

### **ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS**

A partir del desarrollo de las actividades descritas se tuvo la oportunidad de adquirir habilidades y competencias tales como el manejo de información a través de los estudiantes, capacidad de organización y síntesis de diversos temas de aplicación en Psicología, capacidad de traducción y adaptación de procedimientos de intervención conductual y comunitaria para su aplicación de diversas problemáticas sociales entre las que destacan las adicciones y desarrollo y presentación de trabajos académicos aplicados en congresos y reuniones científicas.

## CONCLUSIÓN GENERAL SOBRE LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE LA RESIDENCIA

A lo largo del reporte se mencionan una serie de habilidades y competencias importantes así como una serie de limitaciones, que podrían resolverse posteriormente, que se adquirieron a lo largo del Programa de Psicología Profesional con residencia en adicciones.. Las habilidades y competencias adquiridas se pueden agrupar en tres grandes rubros, tal como lo indicó el reporte: el ámbito de la prevención primaria, el de prevención secundaria y el de la prevención terciaria en adicciones. Con respecto al primer rubro se mencionó la adquisición de habilidades y competencias relacionadas con la creación de instrumentos de evaluación diagnóstica en comunidades, el contacto con los miembros de las comunidades a través de la realización de procedimientos de mapeos ecológicos y de formación de grupos focales y de discusión. Así mismo se mencionaron habilidades y competencias adquiridas para el manejo de grupos focales y de discusión de tal manera que a través de ello se llevara a cabo la realización de evaluaciones lo más adecuadas posibles con relación a las problemáticas sociales que aquejaban a las comunidades. No obstante a las habilidades adquiridas, resultó evidente que dichas habilidades y competencias dentro de este primer rubro pueden mejorarse a lo largo de la residencia, a través de un entrenamiento más intensivo en el ámbito de la prevención primaria en adicciones, de una ampliación en la lectura relacionada con el área, tarea que se realizó para el planteamiento del proyecto descrito en el segundo apartado del Reporte.

En segundo término dentro del área de la prevención secundaria en el ámbito de las adicciones, la aplicación del Programa de Auto-cambio dirigido para *bebedores problemas* permitió la adquisición de competencias profesionales para la atención efectiva y de bajo costo de los usuarios que se sitúan en este rubro. Las competencias fueron muy específicas y altamente efectivas para la obtención de resultados favorables. La adquisición de las competencias fue continuamente evaluada a través de sesiones de supervisión directa, lo que permitió que estas se aprendieran, de manera confiable y efectiva. Aquellas habilidades y competencias tales como la aplicación de instrumentos de evaluación, análisis de resultados, manejo adecuado del usuario, utilización de procedimientos de negociación no de confrontación con el usuario, realizar resúmenes de la sesión, establecimiento de metas junto con el usuario, etc., promovidas por el programa de residencia en adicciones, proporcionaron las herramientas suficientes para la aplicación del programa, no solamente en la sede de entrenamiento, sino para su aplicación en diversas instituciones de salud pública donde el consumo problema de alcohol es evidente. Es decir, el programa resulta ser costo-efectivo en tiempo y el ámbito económico, lo que permite que su disseminación sea sencilla y eficaz. Ello queda demostrado, dada su aplicación y disseminación por parte de profesionales diferentes a la Psicología, como los son los médicos y por la planeación que se esta realizando actualmente en la Facultad de Psicología para su disseminación e institucionalización a nivel comunitario.

En el área de la Prevención terciaria en adicciones, la participación dentro del Programa con residencia en adicciones proporcionó la oportunidad de traducir, adaptar e instrumentar el Manual del Programa de reforzamiento comunitario cuya aplicación resultó efectiva para la reducción de patrones de consumo de alcohol, y otras sustancias como los inhalables y la cocaína. Por lo tanto, se llevó a cabo un proyecto de investigación para la evaluación de la efectividad del programa, lo que permitió mejorar la adquisición de habilidades para la planeación y desarrollo de estudios de investigación.

La adquisición de habilidades y competencias, en esta área, se puede resumir como aquella que consistió en aprender no solamente técnicas sino procedimientos efectivos para la intervención con usuarios crónicos de alcohol y otras sustancias, a través de la toma de decisiones oportuna sobre la instrumentación de los diversos subprogramas de intervención, la realización apropiada de las técnicas para la adquisición de habilidades por parte de los usuarios, como lo son la instrucción verbal, el ensayo conductual, la práctica positiva, la retroalimentación y la asignación y revisión de tareas.

El aprendizaje del Programa de Reforzamiento Comunitario, resulta ser altamente benéfico por la aplicabilidad que representa en instituciones de atención especializada en el ámbito de las adicciones. Es decir, el programa mostró tener características de operatividad que se acoplan fácilmente con los programas tradicionales de intervención. Es decir, en dos de los casos reportados, el programa de reforzamiento comunitario, apoyó al programa de AA, y generó un mantenimiento exitoso de la abstinencia de los usuarios. Por lo tanto, las habilidades adquiridas a través de este programa permitirán ampliar las oportunidades de trabajo exitoso fuera de la institución educativa, lo que favorece la diseminación e institucionalización de los programas académicos en gestión.

Adicionalmente a las competencias descritas, la participación activa dentro del Programa de residencia en adicciones, también proporcionó la oportunidad de interactuar con estudiantes de nivel licenciatura y de otros foros de difusión tales como congresos y reuniones científicas para la transmisión de la información obtenida durante la residencia. Lo anterior promueve la ampliación de conocimientos teóricos y aplicados en el ámbito de las adicciones y por ende la promoción de un avance en el conocimiento del área.

## REFERENCIAS

- Alma Ata (1978). *Atención primaria de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de La Salud. Sep. 6-2.
- Annis H. M., Graham, J.M. & Davis, C. S. (1987). *Inventory of drinking situations: User's Guide*. Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.
- Ayala, H.; Cárdenas, G.; Echeverría, L.; Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Miguel Angel Porrúa - Facultad De Psicología.
- Ayala, H. (1992). El curso del alcoholismo: Una visión psicológica. *Investigación Psicológica*, 3, 5-36.
- Ayala, H., Fulgencio, M., Chaparro, A. y Pedroza, F. (2000). Resultados preliminares del proyecto estudio longitudinal del desarrollo dela conducta agresiva en niño su relación el establecimiento de conducta antisocial en la adolescencia. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 65-82.
- Ayala, H.; Echeverría, L.; Sobell, M. Y Sobell, L. (1997). Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana De Psicología*. 14, 113-127.
- Ayala, H. V., González, J. Q., Fulgencio, M. J., Téllez, G. S., Barragán, N. T. (1998). *Manual de entrenamiento a padres*. México: Porrúa.
- Ayala Velázquez, H., Chaparro, A, Fulgencio, M., Pedroza, F., Morales, S., Pacheco, A., Mendoza, B., Ortiz, A., Vargas, E., y Barragán, N. (2001). Tratamiento De Agresión Infantil: Desarrollo y Evaluación de Programas de Intervención Conductual Multi-Agente. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 27, 1-34.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav. Res. & Therapy*, 14, 339-348.
- Azrin, N.H., Sisson, R.W., Meyers, r., y Godley, M. (1982) Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
- Angel, P. (1987). *Educación y drogas: Prevención*. UNESCO.
- Barlow, D. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues, new directions. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 49, 147-155.

- Barragán, T. L., Cruz, B. G., Fulgencio, M. J., Barragán, N. T., Ayala, H. V. (1998). *Manual de autocontrol del estrés*. México: Porrúa.
- Barragán, L. T., Morales, S. C., Barreto, E. M., Barragán, N. T., Ayala, H. V. (1998). *Modelo de consejo marital basado en solución de conflictos y reforzamiento recíproco*. México: Porrúa.
- Begleiter, H., Porgesz, B., Bihari, B., y Kissin, B. (1984). Event-related brain related potentials in boys at risk for alcoholism. *Science*, 225, 1493-1496.
- Bickel, W.K., y DeGrandpre, R.J. (1996). Modeling drug abuse policy in the behavioral economics laboratory. In L. Green y J.H. Kagel (Eds), *Advances in behavioral economics: Substance use and abuse* (Vol. 3, pp 69-95) Norwood, NJ: Ablex.
- Bickel, W.K., y DeGrandpre, R.J. y Higgins, S.T. (1993). Behavioral economics: A novel experimental approach to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33, 173-192.
- Blincoe, L. J. (1996). *The economic cost of motor vehicle crashes. 1994. DOT HS 808 425*. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration.
- Budney A.J., Higgins, S.T., Delaney, D.D. Kent, L., y Bickel, W.K. (1991) Contingent reinforcement of abstinence with individuals abusing cocaine and marijuana. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 657-665.
- Biddle, B.J., Bank, B.J., y Marlin, M.M. (1980). Social determinants of adolescent drinking: What they think, What they do and What I think they do. *Journal of studies on Alcohol*, 41, 215-241.
- Castro, S. y Millé, M.C. (1998). *Construye tu vida sin adicciones, Manual para el facilitador: Adultos. Consejo Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud*.
- Caudill, B.D. y Marlatt, G.A. (1975) Modeling influences in social drinking: An experimental analogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 405-415.
- Coie, J. D. y Cillessen, (1993) A. H. Peer rejection: origins and effects on children's development. *Current Directions in Psychological Science*. Vol 2(3) p. 89-92.
- Cooper, J., Heron, T. E. & Heward, W.L. (1987). *Applied Behavior Analysis*. Ohio: Merrill Publishing Company.

- Chavis, D. M. y Wandersman, A (1990) Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*. 18, 55-81.
- Declaración de Alma Ata (1978)  
<http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>.
- Declaración de Ottawa (1986). <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>.
- Declaración de Adelaide (1988)  
<http://www.who.int/hpr/archive/docs/adelaide.html>.
- Declaración de Sundsvall, (1991).  
<http://www.who.int/hpr/archive/docs/sundsvall.html>.
- Declaración de Jakarta, (1997).  
<http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/english.html>.
- Declaración de México, (2000)  
<http://www.who.int/hpr/conference/mexico/mexico.html>.
- De La Fuente, R.; Medina-Mora, Me.; Caraveo, J. (1997) *Salud mental en México*. México: Instituto Mexicano De Psiquiatría Y Fondo De Cultura Económica.
- *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal* (1997). *Reporte Global del Distrito Federal*. Instituto Mexicano de Psiquiatría y Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal.
- Fawcett, B. S.; Paine-Andrews, A.; Francisco, T. V.; Schultz, A.J.; Richer, P.K.; Lewis, K. R.; Williams, L.E.; Harris, J. K.; Berkeley, Y. J.; Fisher, L. J. y López, M. C. (1995) Using empowerment theory in collaborative partnership for community health and development. *American Journal of Community Psychology*. 23. 677- 697.
- Fawcett, S. B.; Paine, A. L.; Francisco, V. T. y Vliet, M. (1993) Promoting health through community development. En: D. Glenwick y Jason, L. A. (Eds.) *Promoting Health and mental health: Behavioral approaches to prevention*. New York: Haworth.
- Fawcett, S. B.; Seekins, T.; Whang, P. L. Muiu, C. y Suarez- Balcazar, Y. (1982) Involving consumers in decision- making. *Social Policy*. 13, 36- 41.
- Fawcett, S. B.; White, G. B.; Balcazar, F.; Suarez- Balcazar, Y.; Mathews, R.; Paine, A.; Seekins, T. y Smith, J. (1994) A contextual- behavioral model of

empowerment: Case studies involving people with disabilities. *American Journal of Community Psychology*. 22. 471-496.

- Fernández Ballesteros, R. Y Carrobes, J.A. (1983) *Evaluación Conductual: Metodología Y Aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide. Caps. 1 Y 2.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping process: a theoretical analysis. *Journal Of Personality And Social Psychology*. Vol. 46, 839-852.
- García, S. S. (1999). Bibliografía sobre salud mental y adicciones: BIBLISMAD Nacional. CISMAD: Instituto Mexicano de Psiquiatría
- Goldberg, S.R. y Stolerman, I.P. (Eds), (1986), *Behavioral analysis of drug dependence*. Orlando,, FL: Academic Press.
- Graziano, A. M y Diament, D. M. (1992). Parent behavioral training: An examination of the paradigm. *Behavior Modification*. 16, 3-38.
- Griffiths, R.R., Bigelow, G.W., y Henningfield, J.E. (1980). Similarities in animal and human drug taking behavior. In N.K. Mello (Ed), *Advances in substance abuse: Behavioral and biological research*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (1992) *Communities that care*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Hayes, S. (1998). *Dissemination Research Now. The Behavior Therapist: University Of Nevada*. 166-169.
- Henningfield, J.E., Lukas, S.E., y Bigelow, G.E. (1986) Human studies of drugs as reinforcers. In S.R. Goldberg Y I.P. Stolerman (Eds), *Behavioral analysis of drug dependence* (pp.69-122), Orlando FL: Academic Press.
- Hester, R.K. & Miller W. R.(1995). *Handbook of Alcoholics Treatment Approach. Effective Alternatives*. Allyn & Bacon. Needham Heights. Massachusetts.
- Higgins, S.T. (1996) Some Potential contributions of reinforcement and consumer-demand theory to reducing cocaine use. *Addictive Behavior*. 21 (6). 803-816.
- Higgins, S.T. (1997). The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: A brief review. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 57, 419-427.
- Higgins, S.T., Bickel, W.K., Y Hughes, J.R. (1994). Influence of an alternative reinforce on human cocaine self-administration. *Life Science*, 55, 179-187.

- Higgins, S.T., Budney, A.J. y Badger, G.J. (1994). [Effects of contingent reinforcement from significant others on cocaine use] Unpublished raw data.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel W.K. Foerg, F.E., Ogden, D., y Badger, G.J. (1995). Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: One-year outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3, 205-212.
- Higgins, S.T. (1998). Potential contributions of the Community Reinforcement Approach and Contingency Management to Broadening the Base of Substance Abuse Treatment. In *Expanding the range of Behavior Change Initiatives*. Pp. 283-307.
- Higgins, S.T.; Budney, A.J.; Bickel, W.K. & Badger G.J. (1994). Participation of significant others in outpatient behavioral treatment predicts greater cocaine abstinence. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 20 (1), 47-56.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel W.K. Hughes, J.R., Foerg, F., y Badger, G.J. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763-769.
- Higgins, S.T., Delaney, D.D., Budney, A.J., Bickel W.K. Hughes, J.R., Foerg, F.E., y Fenwick, J.W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Holder, H., Longabaugh, R., y Miller, W.R. (1991). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Hunt, G.M. & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behav. Res. & Therapy*, 11, 91-104.
- Jones, T. L. y Boyle, J. M. (1996). National survey of drinking and driving attitudes and behavior: 1995. final report. DOT HS 808 438. Washington, DC: *National Highway Traffic Safety Administration*.
- Kanouse, D.; Kallich, J. Y Kahan, J. ( 1995). *Dissemination of effectiveness and outcomes research*. In Press.
- Kristenson, H.; Ohlin, H.; Hulten-Nosslin, M.; Trelle, E.; Y Hood, B: (1983). Identification and intervention heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24:60 months of long term study whit randomized controls. *Alcoholism: Clinical And Experimental Research*, 20, 203-209.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., & Fontecilla, M. *Estado de Arte y Resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud: OMS.

- Lazarus, R. S. Y Launier, R. (1978). Strees-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin Y Lewis (Eds.). *Perspectives In Interactional Psychology*. (Pp. 287-327). New York: Plenum Press.
- Little, H.J. (2000). Behavioral mechanisms underlying the link between smoking and drinking. *Alcohol Research & Health*, 24, 215-224.
- McCarthy, J. D. & Zald, M. N. (1977). Resource mobilization and social movements: A partial theory. *American Journal of Sociology*, 82, 1212-1241.
- Mallams, J.H. Godley, M.D., Hall, G.M. y Meyers, R.J. (1982) A social-systems approach to re-socializing alcoholics in the community. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 1115-1123.
- Margulies, R.Z., Kessler, R.C. y Kandel, D.B. (1977). A longitudinal study of drinking among high school students. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 897-912.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Medina-Mora, M. E. (2000) Salud Mental en México: Perspectivas de una encuesta nacional sobre comorbilidad psiquiátrica. *Reporte Interno*. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Meyers, R.J. y Smith, J.E. (1995) *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L. Handmaker, N.S., Bien, T.h., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K. y Tonigan, J.S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R. K. Hester y W.R. Miller (Eds), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 12-44). Boston: Allyn y Bacon.
- Miller , W. & Heather, N. (1988). *Treating Addictive Behavior. Process of Change*. Plenum Press. New York.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J. Colby S.M. y Abrams, D.B. (1995). Coping and social skills training. In R.K. Hester y W.R. Miller (Es), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 221-241). Boston: Allyn y Bacon.

- Morrison, J., (2001). *DSM-IV, Made Easy, The clinician's guide to diagnosis*. Guilford Press.
- Moss, R.H. (Ed.) (1977). *Coping with physical illness*. New York: Plenum.
- Nader, A.A. y Woolverton, W.L. (1991). Effects of increasing the magnitude of an alternative reinforce on drug choice in a discrete-trials choice procedure. *Psychopharmacology*, 105, 169-174.
- O'Leary, D.E., O'Leary, M.R. y Donovan, D.M. (1976). Social skills acquisition and psychosocial development of alcoholics: a review. *Addictive Behaviors*, 1, 111-120.
- O.M.S. (Organización Mundial De La Salud) (1979): *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial De La Salud.
- Pierre, A. (1987). *Educación y Drogas: Prevención*. UNESCO.
- Persons, J. (1997). Dissemination of effective methods: behavior therapy's next challenge. *Association For Advancement Of Behavior Therapy*.
- Price, R. H., Cioci, M., Penner, W. y Trautlein, B. (1993) *School and Community support programs that enhance adolescent health and education*. Washington D.C.: Carnegie Council on Adolescent Development.
- Rappaport, J. (1981) In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Reistrick., D. (1986) The validity of the short alcohol dependence data questionnaire: A short self-report questionnaire for assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addictions*, 81.
- Samuels, S. E. (1990) Project LEAN: A national campaign to reduce dietary fat consumption. *American Journal and Health Promotion*, 4, 435-440.
- Skinner, H. A. (1990). Early Identification of addictive behaviors using computerized life-style assessment. En: Baer, J., Marlatt, A., McMahon, R. (1993). *Addictive Behaviors Across The Life Span. Prevention, Treatment And Policy Issues*. California: Sage. Parte li, Pp. 88-110.
- Sobell, L. ( 1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: the challenge before us. *Behavior Therapy*, 27, 297-320.
- Sobell, M.B. y Sobell, M.B. (1992) Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En Allen, J. Y Litten R.Z. (Eds

(1992). *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods*, Human Press, Nueva Jersey.

- Schuckit, M.A. (1983). *Alcoholism and other psychiatric disorders*. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 1022-1030.
- Steckler, A. y Goodman, R. M. (1989) How to institutionalize health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 3, 34- 44.
- Tucker, Donovan, D. & Marlatt G.A. (1999) *Changing Addictive Behavior. Bridging Clinical and Public Health Strategies*. Gilford Press. New York.
- Vuchinich, R.E. y Tucker, J.A. (1988). Contributions from behavioral theories of choice as a framework to an analysis of alcohol abuse. *Journal of abnormal psychology*, 97, 181-195.
- West, D.J., & Farrington, D.P. (1973). *Who becomes delinquent?*. London: Heinmann.
- Wolfe, B. L.; Meyers, R.J. (1999). Cost-effective alcohol treatment: The Community Reinforcement Approach. *Cognitive and behavioral practice*, 6, 105-109.
- Young, A.M. y Herling, S. (1986). Drugs as reinforcers: Studies in laboratory animals. In S.R. Goldberg y I.P. Stolerman (Eds), *Behavioral analysis of drug dependence* (pp 9-67). Orlando FL: Academic Press.
- Zimmerman, M. (1990) Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18. 169-177.
- Zimmerman, M. y Rappaport, J. (1988) Citizen participation, perceived control and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16. 725- 750.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SESIÓN TÍPICA DEL EJERCICIO PROFESIONAL**

**LIC. SILVIA MORALES CHAINÉ**

**TUTOR: DR. HÉCTOR AYALA VELÁZQUEZ**

El consumo de alcohol en México, es una problemática social que conlleva la pérdida de la salud y de una vida satisfactoria. Es decir, la ingesta de alcohol genera problemáticas sociales, de pareja y laborales, entre otras, que llevan a los individuos al aislamiento y pérdida de un estilo de vida saludable, (OMS, 1978; 1979; 1986; 1988; 1991; 1997; 2000). No obstante, el consumo de alcohol constituye un comportamiento que puede ser tratado eficazmente, (Reporte Mundial de Salud, OMS, 2001).

De acuerdo con el Reporte Mundial de Salud, (OMS, 2001) 70 millones de personas sufren dependencia al alcohol, en el mundo. Asimismo, en el 2001, se han reportado 1.3% años perdidos en el mundo por problemas relacionados con el consumo de alcohol.

En México, la Encuesta Nacional de adicciones (1999), presenta datos que refieren que el 47.2 % de los entrevistados ha consumido alcohol en el último año, y que el 42.1% lo hizo en el último mes. En este sentido y de acuerdo con la encuesta de 1997, la tendencia de consumo de alcohol tiende a incrementar de acuerdo a lo reportado en los últimos 10 años (Ver figura 1).

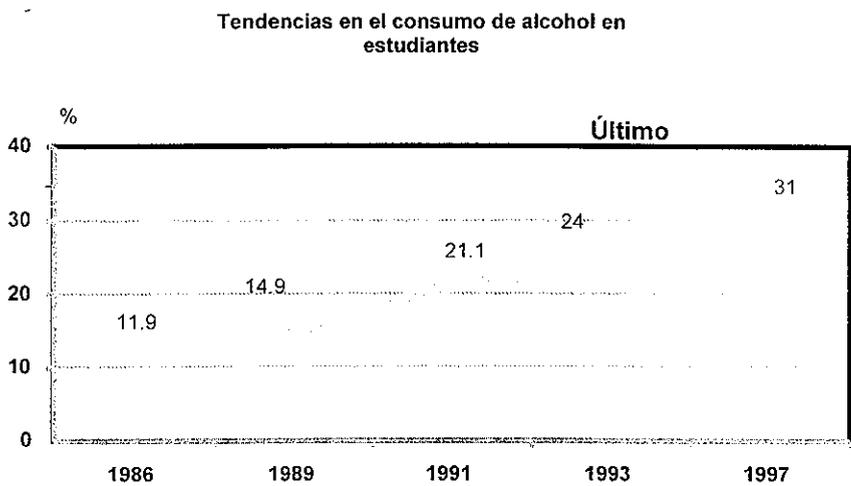


Figura 1. Muestra la tendencia en el consumo de alcohol entre los estudiantes en los últimos 10 años (ENA, 1997)

Dentro de las consecuencias resultantes de estos estilos de vida, se pueden considerar los altos índices de enfermedades psicológicas reportadas por diversas instituciones. Por un lado, la OMS (1979), reporta que existen cerca de 40 millones de personas en el mundo que sufren de trastornos psicológicos graves. Gran parte de esta cifra es el de las personas afectadas severamente por su dependencia al alcohol y las drogas (ENA, 1997).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

No obstante todos los datos mencionados, la literatura también reporta que el porcentaje de personas cuyo patrón de consumo les ha provocado un elevado nivel de dependencia, se reporta como un porcentaje reducido (4.9%) comparado con aquel grupo de personas que no presentan dicha dependencia. Pareciera ser que un grupo considerable (12%) de la población (bebedores problema) presentan solo algunos síntomas de dependencia al alcohol y se encuentran en riesgo de tener problemas sociales y de salud, relacionados con su forma de consumo (Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Lazcano, Villatoro, Marino y López, 1989).

En este sentido, la proporción de bebedores con baja dependencia, en contraste con los bebedores con alta dependencia, es aproximadamente de 4 en 1 en la mayoría de los países (Institute of Medicine, 1990). Sin embargo, los estudios recientes reportan que la mayoría de los servicios de tratamiento están dirigidos a los individuos con alta dependencia al alcohol, (alcohólicos). Los individuos con dependencia baja o media tiene poca probabilidad de recibir tratamiento de acuerdo a sus necesidades.

Con relación a los posibles niveles de dependencia, recientemente se ha considerado al alcoholismo y a la fármaco-dependencia como conductas adictivas y no como procesos de una enfermedad progresiva e incurable, (Goldberg & Stolerman, 1986; Henningfield, Lukas, & Bigelow, 1986; Higgins, 1998). Dicha concepción concuerda con la premisa de que la conducta de beber varía que existe la posibilidad de moldearla por medio de influencias externas, (Ayala, 1992; Meyers y Smith, 1995).

Por lo tanto, se ha establecido que las conductas adictivas se adquieren con base en el aprendizaje de patrones de conducta maladaptativos. De tal manera que estas conductas pueden ser modificadas a través de nuevas situaciones de aprendizaje. Los individuos que presentan tales comportamientos pueden aprender a cambiar y aceptar la responsabilidad personal de su recuperación.

No obstante la concepción reciente del consumo de alcohol como una conducta adictiva y no como una enfermedad el DSM-IV (2001), proporciona una serie de elementos que permiten diferenciar aquellos individuos que padecen las consecuencias más severas del consumo de alcohol de aquellos individuos que pudieran padecer una dependencia media o baja al consumo. El manual define al consumo como "el patrón destructivo de uso de alcohol que genera daños médicos, ocupacionales y sociales significativos". Plantea la presencia, como mínimo, de tres de los síntomas presentados en la tabla 1.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos del DSM-IV para el consumo de alcohol:

Que el individuo presente al menos tres de los siguientes síntomas.

1. Tolerancia al alcohol, definido como cualquier necesidad de cantidades marcadamente incrementadas de alcohol para lograr la intoxicación o efecto disminuido con uso continuado de la misma cantidad de alcohol;
2. Síntomas de abstinencia:
  - a. Dos (o más) de los siguientes síntomas, desarrollados dentro de varias horas de unos cuantos días de reducción en uso prolongado o fuerte de alcohol: pulso acelerado o sudoración, temblor incrementado en las manos, insomnio, náusea o vómito, agitación física, ansiedad, alucinaciones auditivas, táctiles o visuales o ilusiones, ataques,
  - b. Se toma el alcohol para aliviar o evitar síntomas de abstinencia.
3. Se toma el alcohol en grandes cantidades o por un periodo prolongado del pretendido.
4. Persiste el deseo o hay esfuerzos vanos por dejarlo o lograr un control del uso de alcohol.
5. Demasiado tiempo gastado en utilizar el alcohol, o recuperarse de una resaca.
6. Fracaso o reducción de actividades recreativas, ocupacionales o sociales importantes debido al uso de alcohol.
7. El uso continuado de alcohol permanece, a pesar de saber que tiene un problema físico recurrente o persistente o psicológico que es muy probable que se empeore por el alcohol (por ejemplo, consumo continuado no obstante sabe que una úlcera puede empeorar por el consumo de alcohol).

Asimismo, el DSM-IV, describe aquellos problemas asociados con el consumo de alcohol, los cuales se concentran en problemas de aprendizaje, movimientos involuntarios, humor depresivo, disfunción sexual o somática, adicción, conducta sexual desviada y personalidad antisocial o errática o dramática

De acuerdo con el manual Diagnóstico se debe diferenciar la problemática por el uso de alcohol de algunos desordenes que muestran síntomas similares, como lo son el uso de alcohol no patológico por propósitos médicos o recreativos, y los episodios repetidos de intoxicación por alcohol.

Como es de notarse, el DSM-IV, concuerda con la definición tradicional del consumo de alcohol, la cual conceptualiza al mismo como una enfermedad, progresiva e incurable caracterizada por el consumo continuado y progresivo de alcohol. No obstante, este concepto ha sido ampliado con la propuesta y especificación del concepto de bebedor problema, el cual ha sido definido como el usuario que consume alcohol en forma episódica pero explosiva, es decir que consume altas cantidades de alcohol y que presenta algunos síntomas de dependencia al alcohol y que puede encontrarse en riesgo de tener problemas sociales y de salud, relacionados con su forma de consumo, (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 2001; Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Lazcano, Villatoro, Marino y López, 1989; Sobell, 2001). Es decir, el bebedor problema excede su forma de beber en forma ocasional, consume en exceso, de manera aislada e infrecuente, (Sobell, 2001).

En este sentido, pareciera ser, que el consumo de alcohol se puede mover a lo largo de un continuo que va desde el uso esporádico y poco problemático de alcohol hasta el uso excesivo y con consecuencias negativas en todas las áreas de la vida. Como se mencionó anteriormente, se ha contemplado que aquellos individuos que consumen esporádicamente y en exceso, no tienen éxito al buscar tratamiento, ya que los programas tradicionales proporcionan el servicio hasta que el usuario acepte tener un problema severo con su consumo de alcohol. Dicha creencia obstaculiza el tratamiento preventivo a nivel secundario de los bebedores problema, (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 2001).

No obstante, se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervención breves para bebedores con dependencia baja y media. Las intervenciones breves representan una nueva perspectiva para afrontar esta problemática y una nueva serie de principios que subyacen en la intervención. En este aspecto, existen investigaciones que sustentan la efectividad de estos programas de intervención con usuarios con dependencia media y baja y cuya meta de tratamiento se concentra en la moderación o en la abstinencia, de tal manera que el usuario puede, si lo desea, continuar consumiendo alcohol con un uso moderado que impida la ocurrencia de problemáticas sociales, físicas o legales, (Alden, 1988; Miller, Leckman, Delaney y Tinkcom, 1992; Sánchez- Craig, Annis, Bornett, & MacDonald, 1984; Sobell y Sobell, 1993<sup>a</sup>). En este sentido, los programas de intervención breve resultan ser costo-eficientes, ahorrando gran cantidad de recursos al país, (Sobell, 2001).

Dentro de las ventajas de este tipo de intervenciones se encuentran la reducción del ausentismo laboral y un menor número de días de hospitalización de los individuos que reciben dicha atención (Kristenson, Ohlin, Hulten-Nosslin, Trel & Hood, 1983)

El programa de auto-cambio dirigido, programa de intervención breve para bebedores problema, se caracteriza por su corta duración y por ser una intervención intensiva, es de consulta externa y la meta puede ser tanto la moderación como la abstinencia. El tratamiento incrementa la adherencia terapéutica de bebedores con niveles bajos y medios de dependencia que difícilmente aceptan la abstinencia como meta de la terapia (Bandura, 1986; Elal-Lawrence, Slade, & Dewey, 1986; Miller, 1986, 1987; Orford y Keddie, 1986<sup>a</sup>; Sánchez-Craig y Lei., 1986; Sobell y Sobell, 1993<sup>b</sup>).

El componente fundamental del programa se denomina auto-control y consiste en un proceso a través del cual un individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su propio comportamiento. Se emplean estrategias específicas para manejar situaciones particulares de alto riesgo por el consumo excesivo del alcohol, así como estrategias globales para modificar estilos de vida dañinos. Un elemento fundamental del programa lo constituye la entrevista motivacional que de acuerdo con Miller y Rollnick, (1991), ayuda a los pacientes a establecer metas, a encontrar las razones para reducir o dejar de consumir alcohol, incrementar la motivación para lograr estas metas, identificar las

situaciones en que es más probable que beban en exceso y desarrollar estrategias alternativas para enfrenarse a esta situación.

El programa se apoya en lecturas relacionadas con el proceso de cambio en la forma de consumir alcohol y en las tareas relacionadas con estas lecturas. Estas actividades se centran en ayudar al usuario: a decidir cambiar, establecer una meta de consumo, a evaluar situaciones de alto riesgo para beber y a enfrentar sus problemas con el alcohol. En las sesiones adicionales se revisan los componentes que aún no han alcanzado el nivel de ejecución esperado y se realizan planes de acción para otras áreas de la vida del usuario, a través del esquema general de solución de problemas.

## MÉTODO

### *Objetivo general*

Aplicar y evaluar el programa de auto-cambio dirigido para bebedores en un usuario de alcohol.

### *Objetivos específicos*

1. Reducir el consumo de alcohol y estabilizar el patrón de consumo, a partir de la instrumentación del programa.
2. Reducir el nivel de dependencia de alcohol del usuario, después de la aplicación del programa.
3. Incrementar los índices de confianza situacional para el control de situaciones de riesgo de consumo de alcohol en los usuarios, al final del programa.

### *Variables*

- Cantidad de copas estándar consumidas semanalmente.
- Nivel de dependencia al alcohol
- Índice de confianza situacional ante situaciones

### *Participante*

Se trabajó con un usuario del género masculino de 45 años de edad, que vivía en unión libre, que presentaba dependencia media al alcohol. Pertenecía a un nivel socio-económico medio alto, con estudios de licenciatura. El usuario reportaba consumir alcohol. Reportaba que consumía alrededor de ½ litro de alcohol por ocasión durante 3 semanas consecutivas, consumiendo cada copa en un lapso de 20 minutos. Consumía principalmente destilados. El usuario reportaba como precipitadores principales, problemas familiares o sociales y el simple contacto con el alcohol ya fuera de manera accidental. Los pensamientos principales eran la posibilidad de relajarse, estimularse intelectualmente y poder

expresarse emocionalmente. El reforzador que parecía mantener el consumo de alcohol era la relajación por breves periodos de tiempo. En cuanto a las consecuencias negativas del consumo se encontraban los problemas de pareja, de salud, de relaciones sociales y laborales.

### *Instrumentos*

1. La entrevista conductual sobre el consumo de sustancias. Cuestionario de Lápiz y papel de 103 reactivos de respuesta abierta que evalúa los datos de identificación, el nivel socio-económico, la historia de consumo de alcohol y otras sustancias, los factores asociados al consumo, y un análisis funcional general de las conductas de consumo.
2. La Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Raistrick, 1986; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998). Cuestionario de lápiz y papel de 15 reactivos que evalúa el nivel de dependencia al alcohol. Los datos de confiabilidad test-retest fueron de 0.92. Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:
  - a) Una respuesta de nunca = 0
  - b) Una respuesta de algunas veces = 1
  - c) Una respuesta de frecuentemente = 2
  - d) Una respuesta de casi siempre = 3

Se obtiene un puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos:

- a) De 1 a 9 = Dependencia baja
  - b) De 10 a 19 = Dependencia media
  - c) 20 o más = Dependencia severa.
3. El Inventario de situaciones de riesgo (Annis, Graham, Davis, 1987; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998). Cuestionario de 100 reactivos de lápiz y papel, diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los reactivos están diseñados para medir ocho categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos: Situaciones personales, conformado de emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control y necesidad o urgencia por consumir y Situaciones que involucran a terceras personas que se subdivide en conflicto con otros presión social y momentos agradables. Cuenta con una escala de respuesta tipo likert de 4 opciones donde uno, es nunca, dos ocasionalmente, tres frecuentemente y 4 casi siempre bebía en exceso en esa situación.
  4. El Cuestionario de Confianza Situacional (Annis y Graham, 1987; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998). Cuestionario de lápiz y papel de 8 reactivos con opción de respuesta que va de 0 a 100% que evalúa el concepto de auto-eficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo de consumo.

Los puntajes de cada categoría van de 0 a 100, e indican la confianza del paciente en su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de consumir. Por ejemplo, un puntaje de confianza de 0 a 20% en un reactivo indica que el cliente no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para el paciente. Un puntaje de 80% indica mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su consumo ante esa situación y por lo tanto, es una situación de bajo riesgo para el cliente.

5. La Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1992; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998). Es un registro que sirve para medir la conducta de consumo de alcohol u otras sustancias, antes, durante y después del tratamiento. Esta técnica requiere que las personas estimen retroactivamente el consumo diario de alcohol durante un periodo específico. Se les proporciona a las personas un calendario que abarca el periodo que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día o la cantidad de sustancia ingerida. Este método ha sido probado en periodos de hasta 12 meses. Los datos obtenidos en cada uno de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como:
  - a) Número total de días de consumo.
  - b) Número total de copas (o gramos o mililitros) consumidas
  - c) Promedio de consumo por día.
  - d) Porcentaje de días de abstinencia, de bajo consumo, de consumo moderado y de consumo excesivo.
  
6. Análisis Funcional para la conducta de beber, (Azrin, 1973). Formato de registro semi-estructurado, que evalúa los precipitadores externos (con quien, cuando, donde), precipitadores internos (pensamientos, sensaciones físicas y emociones), la conducta de consumo (frecuencia, intensidad, duración), las consecuencias inmediatas (positivas al consumo) y las consecuencias a mediano y largo plazo (negativas del consumo).
  
7. Escala de Satisfacción General, (Smith y Meyers, 1995). Cuestionario de Lápiz y papel de 10 reactivos con respuesta tipo likert de 10 opciones (1 completamente insatisfecho hasta 10 completamente satisfecho). Evalúa el nivel de satisfacción del usuario con cada una de las 9 áreas de su vida (Sobriedad, Progreso en el trabajo o en la escuela, Manejo del dinero, Vida social/recreatividad, Hábitos personales, Relaciones familiares o matrimoniales, Situación legal, Vida emocional y Comunicación) y la satisfacción general.

8. Auto-registro. Registro semi-estructurado de lápiz y papel que evalúa, el consumo (frecuencia, duración y topografía), los Precipitadores (internos y externos) y las consecuencias (positivas y negativas) del consumo de manera semanal.

### *Diseño*

Se utilizó un diseño de caso único A B con seguimiento, donde A, representa la línea base retrospectiva, B el periodo de intervención y el seguimiento cuyas mediciones se retomaron al mes, a los tres 6 y 12 meses.

### *Procedimiento*

El tratamiento consistió en la aplicación del Programa de auto-cambio dirigido (Ayala, Cárdenas, Echeverría, San Vicente, & Gutiérrez, 1998). El programa tuvo una duración de 10 sesiones en un total de 2 meses de tratamiento con una sesión semanal.

#### *Sesión 1*

La primera fase tuvo una duración de dos sesiones. En la primera sesión se aplicó la evaluación inicial donde se aplicó un cuestionario de admisión, la entrevista conductual sobre el consumo de sustancias, la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Raistrick, 1986; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998) y la escala de PISTAS.

#### *Sesión 2*

En la segunda sesión se continuó la aplicación de la evaluación inicial donde se aplicó el Inventario de situaciones de riesgo (Annis, Graham, Davis, 1982; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998), el Cuestionario de Confianza Situacional (Annis y Graham, 1987; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998) y la Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1992; Echeverría, Oviedo, & Ayala, 1998).

Se le pidió al usuario que firmara la forma de consentimiento sobre su participación en el programa, el terapeuta llevo a cabo un resumen de la evaluación, se le explicó al usuario la forma de llenado del auto-registro y finalmente se le proporcionó y explicó la lectura y tarea número 1.

#### *Sesión 3*

La segunda fase tuvo una duración de 7 sesiones. Dentro de estas, la primera sesión consistió en establecer las razones para cambiar el patrón de consumo por medio de un proceso de Balance Decisional, donde se evaluaron los beneficios y costos para cambiar el patrón hacia la moderación o la abstinencia, así como los beneficios y costos en caso de continuar consumiendo alcohol. Se realizó el establecimiento de metas en donde se eligió entre la moderación o la

abstinencia como meta para las siguientes semanas y se planteó el nivel de confianza que tenía en lograrla. Se revisó la Línea base retrospectiva de consumo, para evaluar la frecuencia y cantidad consumida los doce meses previos al tratamiento, comparándose con la meta de consumo que estableció el usuario y el consumo real que tuvo durante esa semana.

#### Sesión 4

En la sesión número cuatro, el usuario identificó tres situaciones de riesgo del consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas ante estas situaciones que se compararon con las áreas vulnerables para el consumo excesivo de alcohol, que el usuario ya había identificado en el Inventario situacional de consumo, así como en el cuestionario de confianza situacional. El usuario apoyado por el terapeuta realizó un análisis funcional de su conducta identificando los antecedentes y las consecuencias de su forma de consumo de alcohol. El terapeuta discutió con el usuario la alta probabilidad de que ocurrieran recaídas durante el tratamiento.

#### Sesión 5

En la quinta sesión, se trabajó con solución de problemas en donde el sujeto describió las opciones a cada situación de riesgo y sus probables consecuencias y los planes de acción para las opciones factibles y realistas.

#### Sesiones 6, 7, 8 y 9

En estas sesiones, se comentaron los avances logrados por el usuario con relación a sus planes de acción y se realizó un resumen de los resultados de las sesiones anteriores para realizar un segundo establecimiento de metas para los próximos seis meses.

#### Sesión 10

La tercer fase tuvo una duración de una sesión y consistió en la evaluación post del programa. A través de todas las fases anteriores se obtuvieron los datos sobre el consumo de alcohol.

#### Seguimiento

La cuarta fase consistió en tres mediciones para el seguimiento al mes, a los tres y a los seis meses sobre el consumo de alcohol y la satisfacción general del usuario con las áreas de su vida.

## RESULTADOS

A continuación se muestra los resultados obtenidos en los instrumentos psico-métricos de evaluación aplicados antes y después del programa de intervención, el patrón de consumo de alcohol durante las diversas fases del programa y la satisfacción del cliente con el mismo.

En la figura 2, se muestran los puntajes de dependencia al alcohol, que reportó el usuario antes y después del programa de intervención de auto-cambio dirigido, como se puede observar el puntaje se redujo a cero después de la intervención.

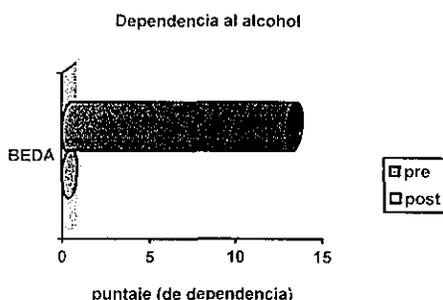


Figura 2. Muestra los puntajes de dependencia al alcohol antes y después del programa de intervención.

En la figura 3, se pueden observar los puntajes obtenidos en el Inventario situacional de consumo de alcohol, previo a la intervención. Como se puede observar el usuario reportó como situaciones de riesgo principales la presión social, las emociones agradables y el control.

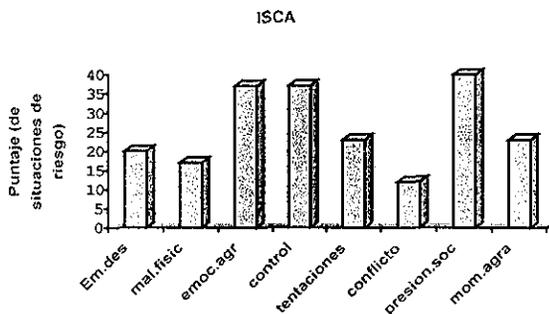


Figura 3. Muestra los puntajes obtenidos en el inventario de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol.

En la figura 4, se pueden observar los índices de auto-eficacia del paciente, previos al programa y después de haberlo completado. Como se puede observar, se incrementaron los niveles de auto-eficacia para todas las áreas de probable consumo, incluyendo aquellas de mayor riesgo como lo eran las emociones agradables y las situaciones de control.

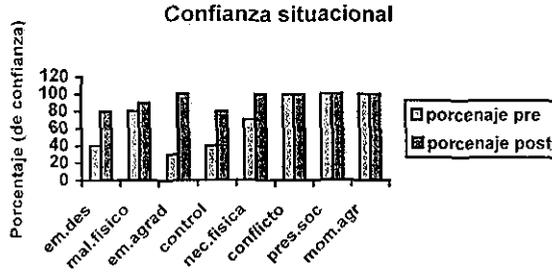


Figura 4. Muestra los porcentajes de confianza situacional reportados por el usuario antes y después del programa de intervención.

En la figura 5, se muestra el patrón de consumo del usuario durante las diversas fases del programa de intervención, es decir durante la línea base, el tratamiento y el seguimiento hasta un año. Como se puede observar se redujo hasta cero el consumo de alcohol durante el tratamiento y a lo largo del mes, tres, seis y doce meses del seguimiento.

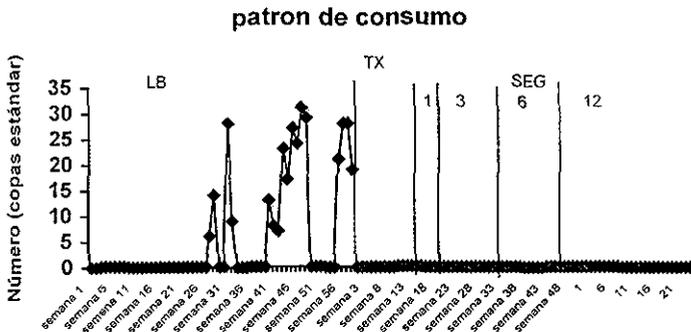
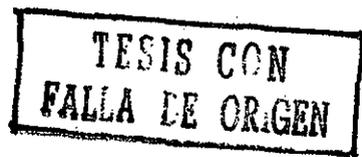


Figura 5. Muestra el patrón de consumo del usuario durante la línea base el tratamiento y los tres periodos de seguimiento.



En la figura 6, se muestra el nivel de satisfacción general con las diversas áreas de la vida del usuario al final del tratamiento de auto-cambio. Como se puede observar el usuario reportó puntajes superiores a 8 en cada una de las áreas de la vida, incluyendo el área laboral, familiar y emocional.

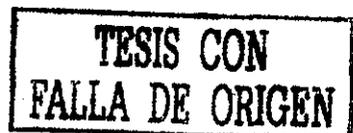


Figura 6. Muestra los puntajes de satisfacción general del usuario después del programa de intervención.

## DISCUSIÓN

El programa de auto-cambio dirigido es una intervención cognitivo-conductual de intervención breve que permitió generar un decremento en el nivel consumo de alcohol del usuario, durante el tratamiento y a lo largo de los diversos periodos de seguimiento. Es decir, al comparar el patrón de consumo durante la intervención con el de la línea base, se observa claramente un decremento de la conducta, al iniciar la intervención, durante esta y a través de los periodos de seguimiento. En este sentido, el nivel de motivación y las diversas estrategias del programa permitieron al usuario lograr la meta establecida por él mismo: la abstinencia, (Miller y Rollnick, 1991). Así mismo se observó un incremento en el nivel de confianza (auto-eficacia) para poder controlar la forma de beber del usuario después del tratamiento. El usuario reportó ser capaz de enfrentar las diversas situaciones de riesgo para el consumir y de cumplir su meta en cada una de ellas.

En este sentido, los datos parecen indicar que la intervención breve fue efectiva en reducir el consumo de alcohol tal como se reportó en otras investigaciones, (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 2001; Sánchez- Craig, Annis, Bornett, & MacDonald, 1984; Alden, 1988; Miller, Leckman, Delaney y Tinkcom, 1992; Sobell y Sobell, 1993<sup>a</sup>). Dicha reducción parece apoyar la idea de que el consumo de alcohol, más que una enfermedad, es un patrón de conducta factible de modificarse y por ende de resolverse a través de la instrumentación de una serie de estrategias cognitivo-conductuales, (Ayala, 1992; Goldberg & Stolerman, 1986; Henningfield, Lukas, & Bigelow, 1986; Higgins, 1998; Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Lazcano, Villatoro, Marino y López, 1989; Meyers y Smith, 1995; Sobell, 2001).



Es importante señalar que el usuario reportado en este estudio presentaba un nivel de dependencia media, lo que lo sitúa como un bebedor problema, ya que como lo muestra su patrón de consumo, el usuario presentaba consumos esporádicos y excesivos. Presentaba riesgo de tener problemas sociales y de salud mas complejos, de no haber asistido a intervención tempranamente como lo hizo. Es decir, dichas problemáticas eran inminentes si continuaba sin servicio, tal como lo señalan una serie de estudios (Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Lazcano, Villatoro, Marino y López, 1989). En este sentido, pareciera ser que el usuario con el que se trabajó resultó altamente beneficiado por una aproximación diferente a la tradicional que le permitió tomar decisiones propias con respecto al consumo sin utilizar técnicas confrontativas, que pudieran promover la deserción del tratamiento.

Los resultados también señalan que dentro de las ventajas que se mostraron con la aplicación del programa de auto-cambio dirigido en este caso se encontraron la prevención del ausentismo laboral y pérdida del empleo, el cual de acuerdo con el usuario, estaba a punto de ocurrir. Del mismo modo, los resultados apoyan la afirmación de que se reduce el número de días de hospitalización de los individuos que reciben dicha atención (Kristenson, Ohlin, Hulten-Nosslin, Trelle & Hood, 1983), ya que el usuario, había sido hospitalizado en varias ocasiones como consecuencia del consumo y durante el tratamiento y seguimiento, esto no sucedió.

Los resultados también permiten afirmar que efectivamente el programa de auto-cambio dirigido es un programa de intervención breve para bebedores problema, que se caracteriza por ser de corta duración y por ser una intervención intensiva, de consulta externa. Por ello, aunque no existe evidencia, se dice que podría existir la posibilidad de que el estilo de tratamiento haya generado una adherencia terapéutica en el usuario con dependencia media, (Bandura, 1986; Elal-Lawrence, Slade, & Dewey, 1986; Miller, 1986, 1987; Orford y Keddie, 1986<sup>a</sup>; Sánchez-Craig y Lei., 1986; Sobell y Sobell, 1993b). Para realizar tal afirmación con certeza, se recomienda la instrumentación de procedimientos de evaluación de la adherencia terapéutica.

## REFERENCIAS

- Alden, L. (1988). Behavioral self-management controlled drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 280-286.
- Annis H. M., Graham, J.M. & Davis, C. S. (1987). *Inventory of drinking situations: User's Guide*, Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto
- Ayala, H. (1992). El curso del alcoholismo: Una visión psicológica. *Investigación Psicológica*, 3, 5-36.

Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*. 18, 18-24.

Ayala, H.; Cárdenas, G.; Echeverría, L.; Gutiérrez, M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: Miguel Angel Porrúa - Facultad De Psicología.

Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En Ayala y Echeverría (2001). *Tratamiento de conductas adictivas*. México: Facultad de Psicología.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Declaración de Alma Ata (1978) <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>.

Declaración de Ottawa (1986). <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>.

Declaración de Adelaide (1988) <http://www.who.int/hpr/archive/docs/adelaide.html>.

Declaración de Sundsvall, (1991).  
<http://www.who.int/hpr/archive/docs/sundsvall.html>.

Declaración de Jakarta, (1997).  
<http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/english.html>.

Declaración de México, (2000)  
<http://www.who.int/hpr/conference/mexico/mexico.html>.

Elal-Lawrence, G., Slade, P.D. & Dewey, M. E. (1986). Predictors of outcome type in treated problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*. 47, 41-47.

Goldberg, S.R. y Stolerman, I.P. (Eds), (1986), *Behavioral analysis of drug dependence*. Orlando,, FL: Academic Press.

Henningfield, J.E., Lukas, S.E., y Bigelow, G.E. (1986) Human studies of drugs as reinforcers. In S.R. Goldberg Y I.P. Stolerman (Eds), *Behavioral analysis of drug dependence* (pp.69-122), Orlando FL: Academic Press.

Higgins, S.T. (1998). Potential contributions of the Community Reinforcement Approach and Contingency Management to Broadening the Base of Substance Abuse Treatment. In *Expanding the range of Behavior Change Initiatives*. Pp. 283-307.

Institute of Medicine, (1990), *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, D.C.; National Academic Press.

Kristenson, H., Ohlin, H., Hulten-Nosslin, M., Trell, E., & Hood, B. (1983). Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: Results and follow-up of 24:60 months of long term study with randomized controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 203-209.

Medina-Mora, M. E., Tapia, C.R., Sepúlveda, J., Otero, M.R., Rascon, M.L., Solache, g., Lazcano, S., Villatoro, J., Marino, M.C., & López, E.K. (1989) Patrones de consumo de alcohol y síntomas de dependencia. *Revista Latinoamericana de Alcohol y Drogas*, 1, 47-58.

Meyers, R.J. y Smith, J.E. (1995) *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.

Miller, W. R. (1986, 1987). Motivation and treatment goals. *Drugs and Society*, 1, 133-151.

Miller, W.R., Leckman, A. L., Delaney, H.D. & Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249-261.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.

Miller, W. R. & Brown, J. M. (1991). Self-regulation as conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviors. En Heather, N. Miller, W.R. y Greeley, J. (Eds). *Self-Control and the Addictive Behaviors*, 3-79, Sydney: Maxwell MacMillan.

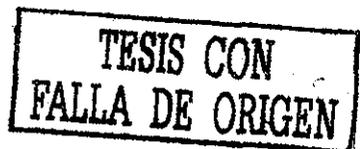
Morrison, J., (2001). *DSM-IV, Made Easy, The clinician's guide to diagnosis*. Guilford Press.

Orford, J. & Keddle, A. (1986<sup>a</sup>). Abstinence or controlled drinking in clinical practice: A test of the dependence and persuasion hypothesis. *British Journal of Addictions*, 81, 495-504.

Reistrick, D. (1986) The validity of the short alcohol dependence data questionnaire: A short self-report questionnaire for assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addictions*, 81.

Reporte Mundial de Salud, OMS, 2001). <http://www.who.int/dsa/justpub/vhr2001.pdf>

Reporte Mundial de Salud, OMS, 2001,  
<http://www.who.int/vhr/2001/main/en/pdf/annex3.en.pdf>



Sánchez-Craig, M. & Lei, H. (1986). Disadvantages of imposing the goal of abstinence on problem drinkers. *British Journal of Addictions*, 81, 502-512.

Sánchez- Craig, M., Annis, H. M., Bornett, R., & MacDonald, K. R., (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive- behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 390-403.

Sistema de reporte de información de drogas,  
<http://www.impcdsm.edu.mx/sociales/sridprin/index.html>

Sobell, M. B. (2001). A public health approach to the treatment of alcohol problems: Issues and implications. En Ayala y Echeverría (2001). Tratamiento de conductas adictivas. México: Facultad de Psicología.

Sobell, M.B. y Sobell, M.B. (1992) Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En Allen, J. Y Litten R.Z. (Eds (1992). *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods*, Human Press, Nueva Jersey.

Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993<sup>a</sup>). Treatment for problem drinkers: a public health priority. In Baer, J. S., Marlatt, G. A. y McMahon, R. c. (Eds). *Addictive Behaviors Across the Life Span: Prevention, Treatment and Policy Issues*. Newbury Park: Sage.

Sobell, M.B. (2001) A public health approach to the treatment of alcohol problems: Issues and implications (9-24). En Ayala, H. Y Echeverría, L.(2001). Tratamiento de Conductas adictivas. Universidad Nacional Autónoma de México.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

# ANEXOS

CENTRO COMUNITARIO "Dr. Oswaldo Robles"  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

SOLICITUD DE SERVICIO

OMBRE DEL PACIENTE MIGUEL ANGEL GUTIERREZ AULA

EDAD 48 SEXO  M  F RELIGION NINGUNA

DO. CIVIL: CASADO ESCOLARIDAD: LICENCIATURA

Ocupacion Antropólogo TELÉFONO: 55 54 83 91 (MSX) 28375 Chilpancingo

DIRECCION Procopio GARCIA 11-c. Barrio de San Antonio - Chilpancingo Gro

Luis MARTINEZ del Campo 19, Col. Romero de Tenebreros.

FECHA 26 - Mayo - 2006 ATENDIDO POR \_\_\_\_\_

Describe brevemente el problema por el que asiste:

Abuso del Alcohol por temporadas.

\_\_\_\_\_ 492

\_\_\_\_\_

Desde cuándo lo presenta 4 años

\_\_\_\_\_

¿Cómo calificaría su problemática? (Marque la opción más adecuada)

- |          |      |                                     |       |           |
|----------|------|-------------------------------------|-------|-----------|
| MUY LEVE | LEVE | INDECISO                            | GRAVE | MUY GRAVE |
| 1        | 2    | <input checked="" type="checkbox"/> | 4     | 5         |

RECIBO  
MAYO 26 2006

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

082

Mencione a las personas que componen su familia y viven en su casa (Del mayor al menor)

NOMBRE	EDAD	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	PARENTESCO
1.- <del>FRANCIS</del>					
2.- Escherpit	55	DIUOLCIMA	LICENCIADA	MAESTRA	UNION MUJER
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					
11.-					
12.-					
13.-					
14.					
15.-					
16.-					
18.-					
19.-					
20.-					

¿Cuántas familias viven en la misma casa? 1

Cómo se enteró del servicio por un hermano

**ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO**

¿Quién o quiénes aportan económicamente a la familia? (aunque por el momento estén desempleados) UNA

¿Cuántas y cuáles personas dependen de económicamente de éste/éstos? TRES

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

141

De acuerdo a aquéllos que contribuyen económicamente:

Está (n) trabajando actualmente?  SI  NO

Señale el ingreso mensual promedio de la familia (marque con una cruz su respuesta)

Menos de 1000  de 1000 a 2500  de 2500 a 4000

De 4000 a 6000  de 6000 a 10000  más de 10000

Lugar donde trabaja el principal sostén económico familiar

UNIVERSIDAD DE GUERRERO

Con cuántas habitaciones cuenta su casa (incluyendo baño, estancia y si dispone de cocina)

TRES

La casa que habitan es (marque con una cruz su respuesta)

Propia (se está pagando o ya está pagada)  Rendida  Prestada  Otro

¿Con cuáles de los siguientes objetos y servicios cuenta su casa?

REFRIGERADOR <input checked="" type="checkbox"/>	LUZ ELÉCTRICA <input checked="" type="checkbox"/>
ESTUFA <input checked="" type="checkbox"/>	AGUA POTABLE <input checked="" type="checkbox"/>
REPRODUCTOR DE DISCOS COMACTOS	. W.C. ( <input checked="" type="checkbox"/> ) FOSA ( ) LETRINA ( )
CALENTADOR DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/>	SERVIDUMBRE
LAVADORA DE ROPA	GAS ESTACIONARIO
AUTOMÓVIL	REGADERA <input checked="" type="checkbox"/>
VIDEOGRABADORA	
TELEVISION (COLOR, BLANCO/NGRO) <input checked="" type="checkbox"/>	
TELEVISIÓN DE PAGA ( CABLE )	
TELEFONO <input checked="" type="checkbox"/>	
TELEFONO CELULAR	
COMPUTADORA <input checked="" type="checkbox"/>	
INTERNET	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

FECHA DE LA ENTREVISTA:

DIA / MES / AÑO

20-6-2000

NOMBRE:

Miguel Angel Gutierrez Arta

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

AUTOR: RAISTRICK, D.

DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 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	<del>X</del>	2	3
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?	0	1	2	<del>3</del>
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?	0	1	<del>2</del>	3
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso se despierta con temblor en las manos?	0	<del>X</del>	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?	<del>0</del>	1	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso evita a la gente?	0	<del>X</del>	2	3
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aún cuando después se da cuenta que eran imaginarias?	<del>0</del>	1	2	3
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?	0	<del>X</del>	2	3

PUNTAJE 13

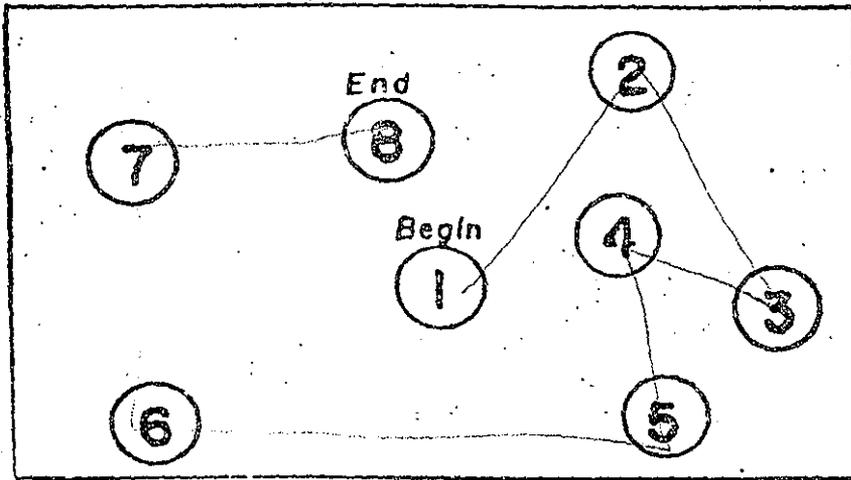
*D. Medea*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

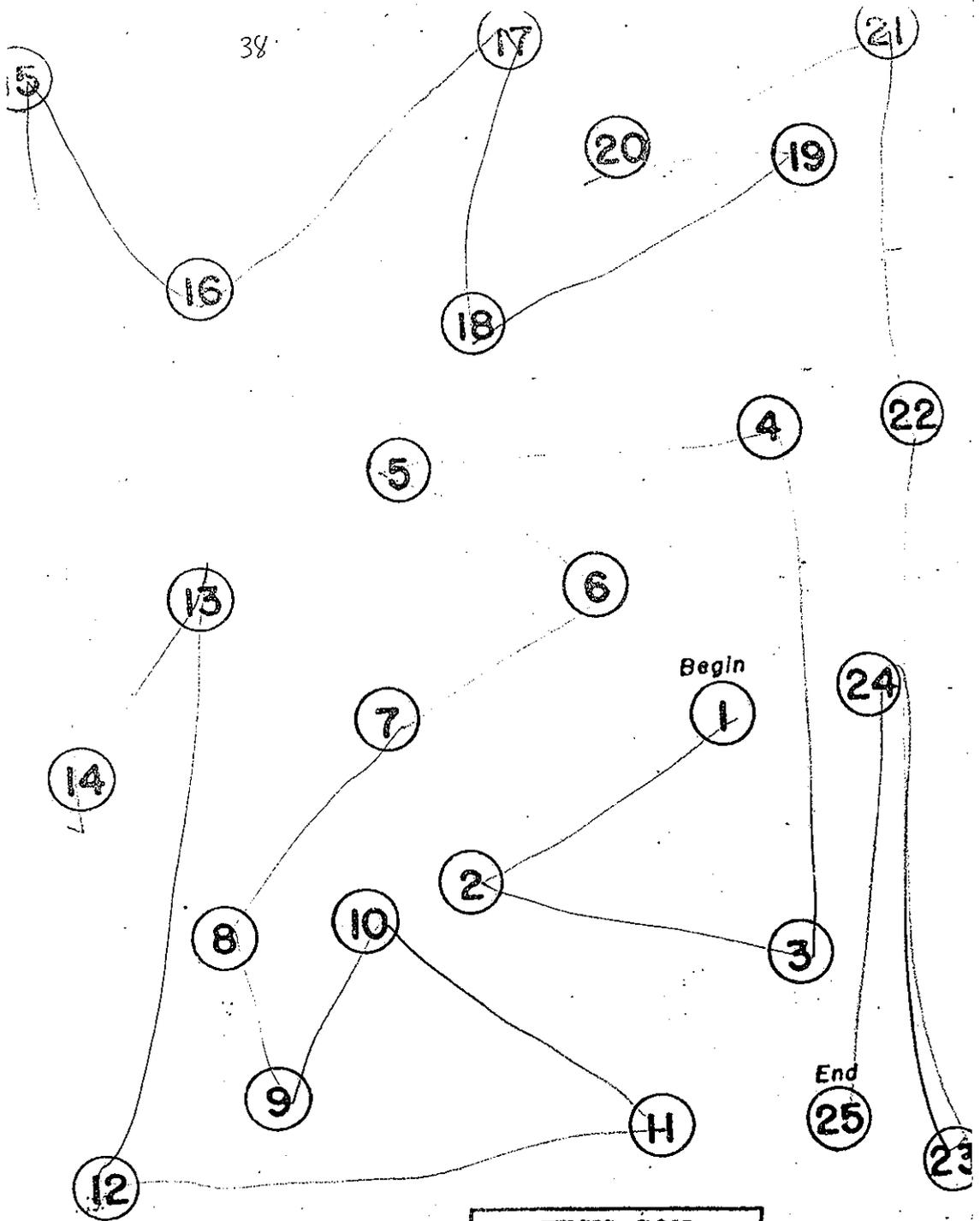
# PRUEBA

## 1ª PARTE

### EJEMPLO



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



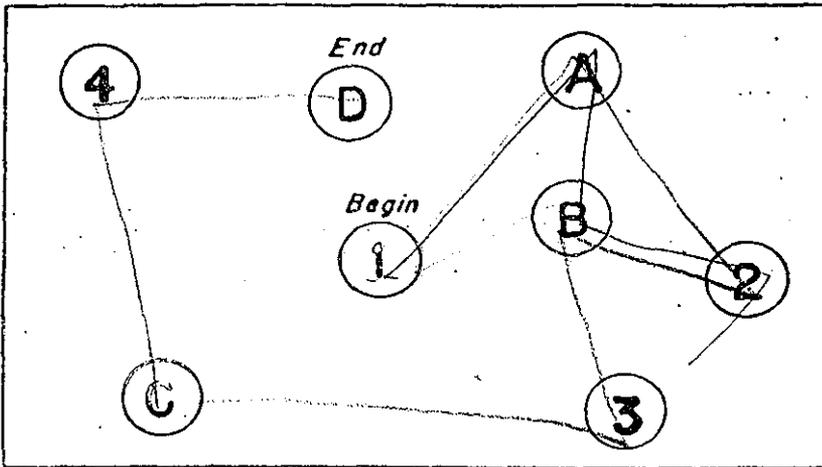
38

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PRUEBA

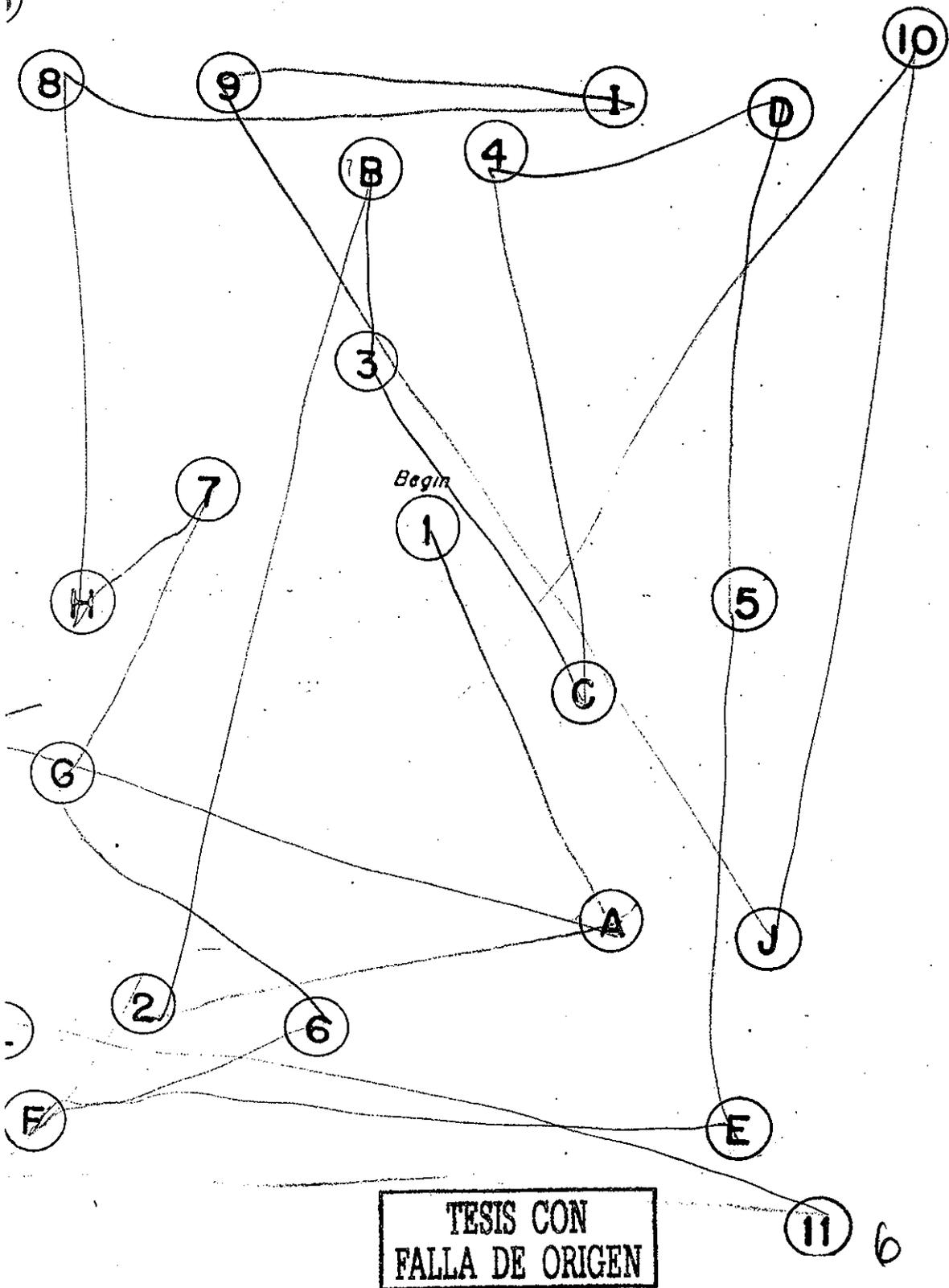
2ª PARTE

EJEMPLO



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



# CUESTIONARIO DE ENTREVISTA INICIAL<sup>1</sup>

ESTUDIO

Nº USUARIO

SESIÓN

13 10 10 12 10 100  
DÍA MES AÑO

Nombre del usuario: Miguel Angel Gutierrez Aula.

1. Concentración de alcohol en sangre al momento de la entrevista. 1 1 1 1
2. Edad: (en años cumplidos) 14 5 1
3. Sexo: (1) Masculino (2) Femenino 1 1
4. Nivel educativo: (Nº de años terminados) 1 1 6 1

## INTRODUCCION AL PROBLEMA

5. ¿Por qué está usted buscando tratamiento?  
porq' es un problema q' hay q' resolver  
el alcoholismo es un problema  
penosa su vida social. resolver.

6. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol o droga?

(1) No, nunca he recibido ningún tipo de tratamiento para resolver problemas de alcohol o uso de drogas.

(2) Si 1

A A

Tipo de Tratamiento/ayuda	Fecha (mes/año)	Alcohol	Drogas
(1) Centro de desintoxicación	_____	—	—
(2) Tratamiento de C. Externa	_____	—	—
(3) Tratamiento de C. Interna	_____	—	—
(4) Asesoría médica	_____	—	—
(5) Asesoría psiquiátrica	_____	—	—
(6) Grupos de auto-ayuda	<u>Abri 1 / 99</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	—

1. DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM

ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, CANADA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7. Principal problema por el que está buscando ayuda (marque sólo uno)

- (1) Alcohol
- (2) Tabaco
- (3) Cocaína
- (4) Heroína
- (5) Marihuana/Cannabis
- (6) Pastillas

Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ (7) Otras (drogas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_ (8) Tengo varios problemas con las drogas que considero de igual importancia. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. ¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?

- (1) No,
- (2) Si

¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto-medicando?

- (1) No,
- (2) Si

¿Cuál (cuándo, dónde, por qué?): Por la presión  
Aldoneta  
\_\_\_\_\_

10. ¿Cuanto pesa?

161.8 Kg.

11. ¿Que tan satisfecho está con "su forma (estilo) de vida" en este momento?

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

### HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL

12. Estado Civil: (Marque sólo una opción):

- \_\_\_ (1) Casado (a)
- \_\_\_ (2) Soltero (a)
- \_\_\_ (3) Separado (a)
- \_\_\_ (4) Divorciado (a)
- (5) Unión Libre
- \_\_\_ (6) Viudo (a)

13. Con quien vive actualmente (Marque las opciones necesarias):

- \_\_\_ (1) Esposo (a)
- \_\_\_ (2) Niños
- \_\_\_ (3) Padres
- \_\_\_ (4) Hermanos
- \_\_\_ (5) Amigos
- \_\_\_ (6) Parientes
- \_\_\_ (7) Solo
- \_\_\_ (8) Otros

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

5. separ

14. Describa sus actividades recreativas (por ej. deportes, hobbies, etc.).

\_\_\_\_\_

15. ¿Estas actividades están relacionadas al abuso de alcohol o al uso de drogas?

- (1) No  
 (2) Si

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

- (1) No  
 (2) Si, pero sólo mis amigos  
 (3) Si, pero sólo mi familia  
 (4) Si, tanto mis amigos como mi familia

17. Entre sus amigos o familiares, ¿quienes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o de drogas?

Ninguno

### HISTORIA LABORAL Y LUGAR DE RESIDENCIA

18. 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

19. Ocupación actual u ocupación que ha desempeñado con más frecuencia:

\_\_\_\_\_     

20. Número de años trabajando en ocupación actual:

12 1/2

21. En los últimos 12 meses, ¿cuantas semanas, estuvo desempleado? (0 a 52 semanas):

1985. 11 1/2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

22. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó?, como resultado de consumir bebidas alcohólicas, (0 a 360):

145

23. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó?, como resultado del uso de drogas, (0 a 360):

0

24. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo?, como resultado de consumir bebidas alcohólicas:

0

25. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo?, como resultado del uso de drogas:

0

26. Lugar de residencia en la actualidad:

- (1) Casa propia
- (2) Departamento o casa rentada
- (3) Cuarto
- (4) Sin dirección permanente
- (5) Pensión
- (6) Otra \_\_\_\_\_

27. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha cambiado de casa?:

5 *Si Guernes*

28. Ingreso personal aproximado durante el año pasado:

10,500 *mensual m. → 12 000 mensual*

29. En promedio, ¿cuanto dinero utiliza cada semana en alcohol?

1000 *pesos*

30. En promedio, ¿cuanto dinero gasta cada semana en comprar drogas?:

0

### HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

#### CONSUMO DE ALCOHOL:

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

0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*1 vez; presión arterial  
hace 2 años*

32. ¿En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por problemas relacionados con su consumo de alcohol? 1110

33. En los últimos doce meses, ¿cuántas ocasiones tuvo que beber por las mañanas al levantarse para curarse la "cruda"? 111

*el 100%  
nueva*

*1974*

34. ¿Por cuantos años, cree usted que ha sido un bebedor excesivo?

19 716

35. ¿Por cuantos años, cree usted que ha tenido problemas con su consumo de alcohol?

1111 *1990*

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?

1014 *veces.*

38. Desde que el beber se ha convertido en un problema, ¿cuál 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") *4 meses.*

*pasó de voluntaria*  
1015 *veces*

¿Cuándo ocurrió?

       /         
mes    año

¿Porqué se abstuvo en esa ocasión? \_\_\_\_\_

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

39. En las ocasiones que bebió en los últimos 12 meses, en que porcentaje (0 a 100%) consumió las siguientes bebidas:

PULQUE	0 - 100: _____ %
CERVEZA	0 - 100: <u>30</u> %
VINO	0 - 100: <u>70</u> %
DESTILADOS <sup>2</sup>	0 - 100: _____ %

40. Resumen de resultados de Línea Base Retrospectiva:

---

---

---

### CONSUMO DE DROGAS:

41. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas con el uso de drogas?

\_\_\_\_

42. En los últimos doce meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por abuso de drogas?:

\_\_\_\_

43. ¿Por cuántos años cree usted que ha tenido problemas con su consumo de drogas?

\_\_\_\_

44. En la siguiente escala, marque la alternativa que mejor describa su USO 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)

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

2. DESTILADOS = RON, VODKA, WHISKY, GINEBRA, TEQUILA, BRANDY, ETC.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**"INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL"  
ISCA<sup>1</sup>**

FECHA DE LA ENTREVISTA 30 06 2000  
DIA / 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	BEBÍA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando tuve una discusión con un amigo (a).	1	(2)	3	4
2. Cuando estaba deprimido.	1	<del>2</del>	3	4
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino.	1	<del>2</del>	3	4
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud.	1	<del>2</del>	3	4
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 ó 2 copas.	1	2	<del>3</del>	4
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado.	1	<del>2</del>	3	4
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita.	<del>1</del>	2	3	4
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien.	<del>1</del>	2	3	4
9. Cuando alguien me criticaba.	<del>1</del>	2	3	4
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa.	1	<del>2</del>	3	4
11. Cuando no podía dormir.	<del>1</del>	2	3	4
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual.	<del>1</del>	2	3	4
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita.	<del>1</del>	2	3	4

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

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECIENTE 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.	<del>1</del>	2	3	4
41. Cuando estaba cansado.	<del>1</del>	2	3	4
42. Cuando tenía un dolor físico.	<del>1</del>	2	3	4
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber sólo unas cuantas copas.	1	<del>2</del>	3	4
44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo.	<del>1</del>	2	3	4
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara.	<del>1</del>	2	3	4
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más.	1	<del>2</del>	3	4
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita.	1	<del>2</del>	3	4
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota".	<del>1</del>	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	<del>1</del>	2	3	4
51. Si me sentía mareado o con náuseas.	<del>1</del>	2	3	4
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperan de mí.	<del>1</del>	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	<del>2</del>	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.	<del>1</del>	2	3	4
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo.	1	<del>2</del>	3	4
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor.	<del>1</del>	2	3	4
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo.	<del>1</del>	2	3	4
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba.	<del>1</del>	2	3	4

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

PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECIENTE MENTE	CASI SIEMPRE
90. Cuando pensaba en las oportunidades que había desperdiciado en la vida.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
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	<input checked="" type="checkbox"/>	3	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	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
95. Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y quería tener mayor intimidad.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	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	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4

GRACIAS POR SU COLABORACION.

NOMBRE DEL USUARIO:

*Miguel Ángel Guzmán Buitrago*

NOMBRE DEL APLICADOR: \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL

CCS<sup>1</sup>

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 % 40 % (cuarenta) \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

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

Me siento ...  
0 % 80 % (ochenta por ciento) \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

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

Me siento ...  
0 % 90 % (noventa por ciento) \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

<sup>1</sup> Annis, H.M. Ph.D.

Derechos Reservados:

Facultad de Psicología, UNAM.

Addiction Research Foundation, Canadá.

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).

Me siento ... 40 % (cuarenta) 100%  
0 % \_\_\_\_\_ Seguro  
Inseguro

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).

Me siento ... 70 % (Setenta) 100%  
0 % \_\_\_\_\_ Seguro  
Inseguro

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

Me siento ... 100% (Seguro) 100%  
0 % \_\_\_\_\_ Seguro  
Inseguro

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).

Me siento ... (100% seguro) 100%  
0 % \_\_\_\_\_ Seguro  
Inseguro

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).

Me siento ... (100% seguro) 100%  
0 % \_\_\_\_\_ Seguro  
Inseguro

GRACIAS POR SU COLABORACION.

NOMBRE DEL USUARIO: Miguel Angel Gutierrez Ando

NOMBRE DEL APLICADOR: \_\_\_\_\_

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 # 4

Breve descripción: En cualquier circunstancia dejar de consumir alcohol  
PLAN DE ACCION:

- 1) Pensar en los costos y beneficios de tomar (tanto físicos como psicológicos y materiales)
- 2) Pensar en los costos y beneficios de NO tomar (ibidem.)
- 3) Considerar frente al precipitador presente el RIESGO DE TOMAR LA PRIMERA COPA
- 4) Sustituir la copa con otro líquido no alcohólico
- 5) En caso de una reunión social sustituir la convivencia con alcohol por la conversación

B) SEGUNDA MEJOR OPCION: Opción # 2

Breve descripción: En reunión social retirarse inmediatamente en la presencia de abundante alcohol; permanecer solo unos momentos.  
PLAN DE ACCION:

- 1) Cuando hay abuso excesivo de alcohol en una reunión, cualquier sea su tipo, retirarse de inmediato
- 2) Cuando el precipitador en una reunión social, como puede ser el caso de mucho alcohol, tomar sólo una bebida no alcohólica y retirarse cuando no haya pasado más de 30 minutos.

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

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

8

SESION  
Núm. de expediente: \_\_\_\_\_

FECHA

**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 # 4

Breve descripción: Situaciones conflictivas de carácter laboral o afectivo como precipitadores de consumo excesivo, evitar cualquier consumo

- 1) Considerar que el consumo de alcohol no resuelve ningún problema, por el contrario lo agrava.
- 2) Socializar con algún amigo a la paraja el problema para encontrarle solución
- 3) Caminar, realizar sesiones de meditación
- 4) Recurrir a la lectura

B) SEGUNDA MEJOR OPCION: Opción # \_\_\_\_\_

Breve descripción: Consumo excesivo en situaciones de ansiedad o necesidad de algún estimulante, encontrar el sustituto en alguna actividad que relaje.

- 1) Evitar la primera copa
- 2) Si la condición se prestan hay <sup>cuatro</sup> maneras de eliminar la perturbación física-mental:
  - 1) ir a hacer deporte
  - 2) ir al cine
  - 3) leer
  - 4) Realizar algún trabajo manual.

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

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**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 # 1

Breve descripción: En festividades donde está presente el alcohol evitar a  
**PLAN DE ACCION:** cualquier consumo utilizando varias estrategias.

- 1) Advertir que estoy bajo tratamiento médico
- 2) Que estoy "jurado"
- 3) Que afecta de inmediato la presión
- 4) Evitar los círculos de bebedores
- 5) Intensificar el trabajo
- 6) Retirarse del lugar cuando ya no tiene sentido seguir en el lugar ahí.

B) **SEGUNDA MEJOR OPCION:** Opción # 2

Breve descripción: En fiestas donde haya vino sob tomar una copa.  
**PLAN DE ACCION:**

- 1) Tomar una copa solamente
- 2) Alternar dicha copa con un vaso de agua.
- 3) Al término de la copa, continuar solamente con agua.

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

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**OPCIONES**

Situación Problema No. \_\_\_\_\_

Breve descripción: \_\_\_\_\_

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

**OPCION#1** En Festividades indígenas donde se presenta una situación de consumo excesivo de alcohol, evitar el consumo total. En su lugar "forzar" de otro modo la festividad, a través de una sociabilidad mayor y aplicándose intelectualmente en el evento

**POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #1:**

Benéfico completamente. En los casos que se ha presentado el consumo excesivo ha traído consecuencias físicas y mentales nocivas.

**OPCION#2** En las situaciones de ansiedad, euforia o necesidad de un estimulante evitar el consumo total de alcohol. Sustituirlo con el deporte, la lectura o una diversión de otro tipo, placentera. Sería provechoso hacer un viaje corto o ver una película. También hacer artesanía o cualquier trabajo manual.

**POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #2:**

Benéfico. En los casos en que se ha recurrido al alcohol está claro que siempre, ha conllevado a un consumo excesivo.

**OPCION#3.** En las comidas donde se le presenta el precipitador, evitarlo y en su lugar consumir una bebida sin alcohol; consumir un máximo de alcohol (1 copa) y sustituirlo por otro no alcohólico.

**POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #3:**

Benéfico que se puede convertir en dañino: al beber una copa se puede tener un cierto riesgo de consumo excesivo

**OPCION#4** En situaciones de problemas afectivos, laborales o familiares pensar y actuar con optimismo y autoestima, en lugar de pesimismo o buscando salidas benéficas pasajeras, pero altamente dañinas después. Aquí es imprescindible evitar por completo el recurso del alcohol.

**POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #4:**

Hay una consecuencia benéfica toda vez que se ratona que el alcohol no va a resolver ningún problema, por el contrario lo agravará.

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

Opción # 1  
Opción # 2

**CONTINUE CON LA FORMA DE PLAN DE ACCION.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

21-07-2000  
FECHA

SESION  
Núm. de expediente: \_\_\_\_\_

**OPCIONES**

Situación Problema No. 9

Breve descripción: \_\_\_\_\_

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

**OPCION#1** En reuniones sociales donde está presente el consumo de alcohol

1) Evitar a toda costa el más mínimo consumo de alcohol y 2) Consumir cualquier otra bebida no alcohólica, sin retirarse de la reunión social, pensar que se puede estar en una reunión social sin beber y disfrutarla

**POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #1:**

Consecuencia Benéfica, aunque puede presentarse cierto riesgo por la presencia de un precipitador.

**OPCION#2** En reuniones sociales donde está presente el consumo de alcohol

1) Retirarse de inmediato o lo más pronto posible; 2) Permanecer un tiempo prudente y retirarse; 3) Permanecer y entablar relación social con los que guardan sobriedad. Aquí es o sea necesario evaluar el carácter o tipo de

**POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #2:**

Beneficia pues se pueden evitar fricciones interpersonales por el consumo excesivo de alcohol y mantener las relaciones sociales adecuadas. No obstante no perder la memoria de lo sucedido durante el consumo excesivo.

**OPCION#3.**

Consumir, pero no exceso de determinadas bebidas con un bajo grado de alcohol.

**POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #3:**

Esta opción conlleva un alto riesgo, puede suceder que no cumple la meta, pero no con seguridad o certeza.

**OPCION#4** DEJAR DE CONSUMIR ALCOHOL EN CUALQUIER CIRCUNSTANCIA  
Es la opción más radical. En este caso pensar en las consecuencias, los costos, y los beneficios de no tomar

**POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA OPCION #4:**

Al cesar, plazo pueden presentarse ambivalencias: beneficio a la salud, la conciencia sobre y la creatividad, pero dañina por el carácter que se revela irrasible  
(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 # 4

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

Opción # 1

**CONTINUE CON LA FORMA DE PLAN DE ACCION.**

**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.

Después de un largo tiempo de sobriedad, pienso por una sil creer, que puedo tomar una copa de vino acompañado de la comida. Aquí se puede iniciar un proceso de 2, 3 o 4 semanas de consumo continuo de alcohol

(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.

Pueden estar presentes los factores anímicos-afectivos (negativos o positivos por razones familiares o de trabajo, gusto o disgustos con la gente, pero la presencia en casa de botellas de vino en casa resulta "tentador" para iniciar o continuar el consumo excesivo de alcohol.

(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.

Se agregan a las anteriores la manifestación de violencia verbal o sobre objetos de casa.

(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 33 %

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

13

SESION

FECHA

Núm. de expediente: \_\_\_\_\_

**SITUACIONES DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL**

SITUACION NO. 1 DE CONSUMO EXCESIVO

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

Situación mejorada por la invitación a una festividad indígena

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

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

En estos casos, la presencia en estas festividades de mescal, que se  
creaba como parte del ritual cívico - religioso. Una vez ingerida re-  
alta casi en posible porar el consumo.

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

- 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 mismas que el anterior, pero hay consecuencia  
a corto, mediano y largo plazo; sobre todo la dos primeros al dete-  
riorarse mis relaciones afectivas o interpersonales con compañeros de trabajo.  
Consumo excesivo obstruye la productividad creativa en el trabajo.  
perdida de conciencia.

Continúe al reverso de la hoja si necesita más espacio).  
¿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 0 de cada tres veces bebió excesivamente bajo esta situación, usted debe anotar 33%).

Escriba su respuesta aquí 15 %

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

14

# 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 más graves de consumo excesivo de alcohol.

Es frecuente la situación inesperada de reuniones con compañeros de trabajo  
Si consumo alcohol destilado o bebida espirituosa es difícil que pare de tomar hasta  
llegar al límite cuando afecta de manera severa mi salud.

(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.

ansiedad, necesidad de un estimulante emocional, que  
puede estar asociado al deseo de una mayor expresividad mental y  
afectiva.

(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.

Antes de que el consumo excesivo de alcohol haya estragos físicos y mentales,  
es un buen catalizador para la expresión emocional, pero las consecuencias negativas  
tembles, inasistencia al trabajo y por lo tanto cero actividad, angustias, impulsos →

(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 70 %

# TEJIS 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 TRAIGALAS 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.- Llevar una vida afectiva sana con mi pareja, familia y amigos.

El alcohol, aunque pensé en un momento que era fuente de inspiración poética, en realidad el efecto más negativo socialmente ha sido el de potencializar mi violencia física y verbal contra los demás

2.- Llevar una vida intelectual creativa y productiva.

Las épocas de consumo de alcohol me paralizan intelectualmente, dejo de pensar, trabajar, crear, producir. Como consecuencia días después de dejar de consumir sobreviene la angustia por el tiempo perdido.

3.- No agravar mi salud. Después de días o semanas de consumo, los efectos sobre mi salud han sido graves de esta manera, he tenido verdaderas crisis que en algunos casos han requerido de la hospitalización.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

creófilos, cargos de conciencia, sdeidad, neurosis y cierta depresión. Física-  
te, en el "mejor" de los casos tengo problemas de presión alta durante 3 o 4 días,  
amacaes, nerviosos, etc., en el peor convulsiones y en dos casos  
spitalización.

SESION

FECHA

Núm. de expediente: \_\_\_\_\_

**BALANCE DECISIONAL**

	CAMBIAR MI CONSUMO	CONTINUAR CONSUMIENDO
BENEFICIOS DE:	<ul style="list-style-type: none"><li>- Solucionar el problema afectivo con mi pareja y mi familia.</li><li>- Evitar problemas en mi trabajo</li><li>- Evitar problemas de salud</li><li>- Mayor producción y creatividad intelectual</li><li>- Transformar mi estilo de vida</li></ul>	<p>Margens, a excepción de - sentirme bien por breves momentos</p>
COSTOS DE:	<p>Por el momento la pérdida de un <u>Estimulante</u></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perder definitivamente a mi compañera</li><li>- Agravar la salud</li><li>- Problemas con mis amigos y compañeros de trabajo.</li><li>- Pérdida de prestigio y credibilidad</li><li>- La imposibilidad de nunca establecer relaciones afectivas sanas</li></ul>

- Soledad y angustia, depresión.  
\* Potencializar aún más parte de mi personalidad violenta

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

18

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: 75 %

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

LINEA BASE RETROSPECTIVA (LEARN)

FECHA DE APLICACIÓN: 4 07 2000  
DIA / MES / AÑO

NOMBRE DEL USUARIO: Miguel Angel Gutiérrez Soria

1999 2000

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MAYO						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						

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
JUNIO		1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0
	7 0	8 0	9 0	10 8	11 5	12 4	13 5
	14 4	15 4	16 4	17 4	18 4	19 4	20 4
	21 4	22 4	23 4	24 4	25 4	26 4	27 4
	28 4	29 4	30 4				

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
JULIO				1 4	2 3	3 0	4 0
	5 0	6 0	7	8	9	10	11
	12	13	14	15	16	17) 11.11.00	18
	19	20	21 52)	22	23	24	25
	26	27	28	29	30	31	

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
AGOSTO							1 (L.F)
	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					

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
SEPTIEMBRE			1 (54)	2	3	4	5
	6	7	8	9	10	11	12
	13	14 (59)	15	16	17	18	19
	20	21	22 (60)	23	24	25	26
	27	28	29	30			

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

238.

10.

MAYO 2000

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

= 0,49

= 0,50

= 0,51

= 0,52

= 0,53

1-A

ABRIL 2000

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

20, 45  
20, 45  
20, 45  
20, 45

111

MARZO 2000

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

68

FEBRERO 2000

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
31	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					

ABSTENI  
A

ENERO 2000

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

13

1-E

DICIEMBRE '19

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
			1	2	3	4
				2	2	2
6	7	8	9	10	11	12
2	2	2	2	2	2	2
13	14	15	16	17	18	19
		<i>ABS TEMA</i>				
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		
3	2	b	7	b		

46

77

NOVIEMBRE 91

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					

20,2

20,2

20,2

20,8

BSUBEMIA

OCTUBRE 91

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

*ASISTENCIA*



Agosto 99

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

1-J

Julio 99

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	1

ABSTENIA

IK

Junio 99

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				

ABSTENIA

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
S E P T					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	

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
O C T U B R E							1
	2	3	4	5	6	7	8
	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19 (57)	20	21	22
	23	24	25	26	27	28 (58)	29
	30	31					

=0,13  
=0,14  
=0,15  
=0,16  
=0,17

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
N O V			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			

=0,18  
=0,19  
=0,20  
=0,21

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
D I C					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

=0,22  
=0,23  
=0,24  
=0,25  
=0,26

2001

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
E N E	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				

=0,27  
=0,28  
=0,29  
=0,30

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
FEB				1	2	3	4
	5	6	7	8	9	10	11
	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22 1 <sup>a</sup> Sea	23	24	25
	26	27	28				

=0,31  
 =0,32  
 =0,33  
 =0,34

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MAR				1	2 2 <sup>a</sup> Sea	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	

=0,35  
 =0,36  
 =0,37  
 =0,38  
 =0,39

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
ABRIL							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						

=0,40  
 =0,41  
 =0,42  
 =0,43

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MAYO		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			

=0,44  
 =0,45  
 =0,46  
 =0,47

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
JUNIO					1 3 <sup>a</sup> Sea	2	3
	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17
	18	18	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	

=0,48  
 =0,49  
 =0,50  
 =0,51  
 =0,52

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
JULIO							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					

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

# "INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL" ISCA<sup>1</sup>

FECHA DE LA ENTREVISTA 28-10-01  
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).	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
2. Cuando estaba deprimido.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 ó 2 copas.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
9. Cuando alguien me criticaba.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
11. Cuando no podía dormir.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4

<sup>1</sup> Annis, H.M. Ph.D.

Derechos Reservados:

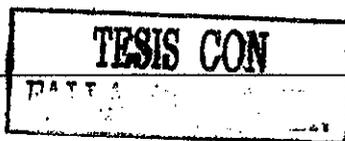
Facultad de Psicología, UNAM.  
Addiction Research Foundation, Canadá.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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



PREGUNTAS	BEBIA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	0	2	3	4
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho.	0	2	3	4
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona.	0	2	3	4
67. Cuando pasaba frente a un bar.	0	2	3	4
68. Cuando me sentía vacío interiormente.	0	2	3	4
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas.	0	2	3	4
70. Cuando me sentía muy cansado.	0	2	3	4
71. Cuando todo me estaba saliendo mal.	0	2	3	4
72. Cuando quería celebrar con un amigo (a).	0	2	3	4
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa.	0	2	3	4
74. Cuando me sentía culpable de algo.	0	2	3	4
75. Cuando me sentía nervioso y tenso.	0	2	3	4
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas.	0	2	3	4
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia.	0	2	3	4
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo.	0	2	3	4
79. Cuando me sentía contento con mi vida.	0	2	3	4
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida.	0	2	3	4
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño.	0	2	3	4
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión.	0	2	3	4
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de hacer.	0	2	3	4
84. Cuando me reunía con un amigo(a) y sugería tomar una copa juntos.	0	2	3	4
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la Navidad o un cumpleaños.	0	2	3	4
86. Cuando tenía dolor de cabeza.	0	2	3	4
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo.	0	2	3	4
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor.	0	2	3	4
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa.	0	2	3	4

**TEJIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

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

GRACIAS POR SU COLABORACION.

NOMBRE DEL USUARIO: Miguel Angel Gutierrez

NOMBRE DEL APLICADOR: Silvia Morales

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

No. EXPEDIENTE: 00154

FECHA DE LA ENTREVISTA: 28/10/01  
POST  
 DÍA / MES / AÑO

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

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

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?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso se despierta con temblor en las manos?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso evita a la gente?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aún cuando después se da cuenta que eran imaginarias?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3

PUNTAJE     0    

AUTOR: RAISTRICK, D.  
DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL CCS1

Expediente: 00154 Fecha: 28-10-01 Nombre del Aplicador: Silvia Morales

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 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.

¿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 ...

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

¿siento ...

0% \_\_\_\_\_ X <sup>20%</sup> \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

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

¿siento ...

0% \_\_\_\_\_ X <sup>90%</sup> \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

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

¿siento ...

0% \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ 100%  
Inseguro Seguro

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

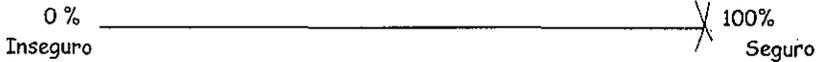
4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL ALCOHOL O LAS DROGAS (por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con las drogas; si me sintiera seguro de poder beber sólo unas copas o que pudiera dejar de consumir drogas).

Me siento ...



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).

Me siento ...



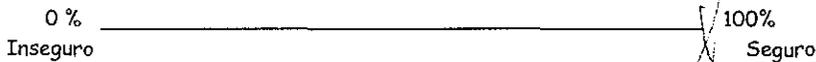
6. CONFLICTO CON OTROS (por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo).

Me siento ...



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).

Me siento ...



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).

Me siento ...



GRACIAS POR SU COLABORACION.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

24

## Escala de Satisfacción General

Nombre: Miguel Angel Gutierrez No. De exp. 154 Fecha: 22-2-01

Este instrumento tiene como objetivo conocer su nivel satisfacción con respecto a cada una de las áreas de su vida; las cuales se enlistan a continuación. Por favor, encierre en un círculo el número que corresponda al nivel de satisfacción que usted tiene con cada área. Los números más cercanos a uno, reflejan varios grados de insatisfacción, siendo el uno el nivel de mayor insatisfacción; mientras que los números más cercanos a diez reflejan los niveles más altos de satisfacción, siendo el diez el nivel de mayor satisfacción. Por favor, conforme lea cada área, pregúntese ¿Qué tan satisfecho me siento con esta área de mi vida?. Es decir, establezca con base en la escala numérica (1-10) exactamente como se siente hoy con respecto a esa área. Evite pensar en lo satisfecho que se sentía ayer y concéntrese solamente en la satisfacción que sientes hoy en cada área de su vida. Por favor trate de que un área en particular no inflencie los resultados de la siguiente categoría. Si tiene alguna duda, por favor, pregunte en este momento a su terapeuta. De lo contrario, comience a contestar.

Completamente  
Insatisfecho

Completamente  
Satisfecho

1. Sobriedad / beber	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10
2. Progreso en el trabajo o en la escuela	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	9
3. Manejo del dinero	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10
4. Vida social	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	8
5. Hábitos personales	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	9
6. Relaciones familiares o matrimoniales	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	9
7. Situación legal	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10
8. Vida emocional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	8
9. Comunicación	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	9
10. Satisfacción general	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10

**HECHO CON  
FALLA DE ORIGEN**

6

FALTA  
PAG.

7

No: \_\_\_\_\_

51. HISTORIA DEL CONSUMO DE DROGAS

TIPO DE DROGA	Consumo * 1 = No 2 = Si	No Total de años de Consumo	Forma de consumo mayormente utilizada 1 = Oral 2 = Absorción 3 = Inyección 4 = Fumada 5 = Inhalada 6 = Otras	Ultimo año de consumo	** Frecuencia de consumo más usual durante los últimos 90 días	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
ALCOHOL	Si	92.	1	19	/	/
CANNABIS (MARIQUANA, HASHIS, ACEITE DE HASHIS)				19		
ESTIMULANTES: COCAINA				19		
ESTIMULANTES: METANFETAMINAS				19		
DEPRESIVOS: ANSIOLITICOS (VALIUM, LIBRIUM)				19		
DEPRESIVOS: SEDATIVOS, HIPNOTICOS (AMYTAL, DALMANE)				19		
NARCOTICOS: HEROINA				19		
NARCOTICOS: METADONA				19		
NARCOTICOS: (222)				19		
NARCOTICOS: OPIO, MORFINA, DEMEROL, DILAUDID.				19		
INHALABLES: CEMENTO, SOLVENTES, AEROSOLES.				19		
INHALABLES: NITRATOS VOLATILES				19		
ALUCINOGENOS: LSD, PCP, STP, MDA, POLVO DE ANGEL, MESCALINA, PSILOCIBINA				19		
DROGAS ANTI-ALCOHOL: ANTABUSE, TEMPOSIL				19		
OTRAS				19		

\* NOTA: Si el cuadro "CONSUMO" se contesta "NO", el resto del cuadro debe permanecer en blanco.

\*\* CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO:  
0 = NO CONSUME    3 = 1 A 2 VECES A LA SEMANA  
1 < 1 MES        4 = 3 A 6 POR SEMANA  
2 = 1 VEZ AL MES    5 = DIARIAMENTE

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**CONSECUENCIAS ADVERSAS DEL USO DE SUSTANCIAS:**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	A L C O H O L	E S T I M U L A N T E S	T R A N Q U I L I Z A N T E S	M A R C O T I C O S	S H E D D A N O T I C O S	S O L V E N T E S	C A N N A B I S	O T R A S
52. Droga Consumida durante los últimos seis meses 1) = NO 2) = SI								

**NOA: LLENAR LOS SIGUIENTES CUADROS REFIRIENDOSE A LA DROGA CONSUMIDA  
PROBLEMAS EXPERIMENTADOS DURANTE LOS ULTIMOS SEIS MESE**

53. Daño Físico (incluyendo daño neurológico por sobredosis) 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por problemas físicos (enfermedad o accidentes), relacionado con el problema de drogas	2							
54. Daño cognoscitivo (agudo o crónico) (incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento). 0 = Ninguno 1 = 5 o menos ocasiones 2 = Más de 5 ocasiones	0							
55. Daño afectivo (agudo o crónico) (incluyendo borracheras, cambios de humor, presiones relacionadas con el consumo y cambios de personalidad) 0 = Ninguno 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (Con consecuencias en el comportamiento diario)								
56. Problemas Interpersonales 0 = Ninguno 1 = Menor (solamente discusiones o relaciones tirantes) 2 = Mayor ( Pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)	2							

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<p>57. Agresión  0 = Ninguno  1 = Abuso verbal cuando está drogado  2 = Violencia física cuando está drogado</p>	2							
<p>58. Problemas laborales  0 = Ninguno  1 = Trabajo afectado (pérdida de tiempo durante el trabajo, capacidad reducida o quejas del supervisor)  2 = Amenaza de pérdida de trabajo o pérdida del mismo</p>	0							
<p>59. Problemas legales  0 = Ninguno  1 = solamente acusación (trámite pendiente o sin cargos)  2 = Convicto</p>	0							
<p>60. Problemas financieros  0 = Ninguno  1 = Menor (gastos en exceso)  2 = Mayor (Consumo de sustancias relacionada con menores ingresos para mantener su consumo)</p>	0							

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**