

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

27

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

REPORTE DE EXPERIENCIA
P R O F E S I O N A L

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARCELA ALEJANDRA TIBURCIO SAINZ

TUTORA: MTRA. GUILLERMINA NATERA REY
COMITE TUTORAL: TITULAR MTRA. GUILLERMINA NATERA REY
TITULAR MTRA. MA. ASUNCION LARA CANTU
TITULAR MTRA. MA. ELENA CASTRO SARIÑANA
TITULAR DRA. MA. ELENA MEDINA MORA ICAZA
TITULAR DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ
SUPLENTE MTRA. MARIA SUAREZ
SUPLENTE DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

MEXICO, D. F.

FEBRERO 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

A la Mtra. Guillermina Natera por su apoyo incondicional, sus enseñanzas y su valiosa asesoría para la conclusión de este trabajo.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, por permitirme utilizar los datos que sirvieron como base para la realización de este estudio

Al Dr. Héctor Ayala y a la Lic. Leticia Echeverría mi agradecimiento y respeto

A mi familia, por impulsarme constantemente, por su confianza y cariño.

A mis amigas Shoshana, Jazmín, Marichu, Claudia y Reyna, agradezco sus palabras de aliento en los peores momentos.

A las personas que participaron en el estudio, por permitirme aprender de sus experiencias

*Para ti Carlos, donde quiera que estés
Te extraño*

INDICE

Introducción	i
I. Informe general de la formación profesional	1
I. 1. Semestre 1999-2	2
I. 1. 1. Formación teórica	2
I. 1. 2. Programa de residencia	3
I. 2. Semestre 2000-1	4
I. 2. 1. Formación teórica	4
I. 2. 2. Programa de residencia	5
I. 3. Semestre 2000-2	8
I. 3. 1. Formación teórica	8
I. 3. 2. Programa de residencia	10
I. 4. Semestre 2001-1	12
I. 4. 1. Formación teórica	12
I. 4. 2. Programa de residencia	13
I. 5. Habilidades y competencias adquiridas	15
II. Modelo de intervención breve para problemas de alcohol y drogas en la familia. Aplicación y evaluación	16
II. 1. Marco conceptual	18
II. 1. 1. Teoría del estrés-enfrentamiento	18
II. 1. 2. Modelo cognitivo-conductual	22
II. 2. Características del modelo de intervención	24
II. 2. 1. Evaluaciones previas	28
II. 2. 2. Versión final del Manual para Orientadores	30
II. 2. 3. Folleto para los familiares	31
III. Investigación para la evaluación del Modelo	32
III. 1. Objetivo	32
III. 2. Método	33
III. 2. 1. Muestra	33
III. 2. 2. Instrumentos	35
III. 2. 3. Procedimiento	36
III. 2. 3. 1. Capacitación de orientadores	36
III. 2. 3. 2. Aplicación del modelo	37
III. 3. Resultados	39
III. 3. 1. Cuestionario de enfrentamientos	39
III. 3. 2. Escala de síntomas	43
III. 3. 3. Cuestionario de satisfacción	46
III. 4. Conclusiones	49

IV. Estudio de caso	52
IV 1. Datos generales	52
IV 2. Sesión 1. Evaluación inicial	53
IV 3. Sesión 2. Exploración de las formas de enfrentamiento y fuentes de apoyo social	56
IV 4. Sesión 3. Análisis de las formas de enfrentar	59
IV 5. Sesión 4. Estructuración del plan de acción	61
IV 6. Sesión 5. Cierre	65
IV 7. Seguimiento	66
IV 8. Análisis del caso	67
IV 9. Habilidades y competencias adquiridas	72

V. Conclusiones generales	73
---------------------------	----

Bibliografía	75
--------------	----

Anexos

- Curso-taller para orientadores
- Cuestionario de enfrentamientos
- Cuestionario de síntomas
- Evaluación de la intervención
- Evaluación de la orientación
- Material de apoyo

INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios y sistemas de vigilancia reportan que el consumo de sustancias en México se ha incrementado significativamente dando como resultado un aumento importante en el número de problemas asociados a su uso y abuso (SSA, 1999). Se ha encontrado que existe una asociación entre el consumo excesivo de alcohol y una serie de problemas a nivel individual (problemas de salud, riesgo para el desarrollo del síndrome de dependencia), familiar (conflictos, falta de comunicación) escolar (bajo rendimiento académico, ausentismo), y social (accidentes, riñas).

Los estudios epidemiológicos indican que la mayor parte de una población no presenta problemas considerables debidos al consumo de alcohol, mientras que una pequeña proporción manifiesta síntomas de dependencia y una proporción significativa tiene serios problemas asociados a su forma de beber a pesar de no ser dependientes (Skinner, 1990)

Medina Mora (1995) reporta que en México el patrón de consumo de alcohol predominante es episódico. Generalmente, el consumo tiene lugar los fines de semana con grandes cantidades de alcohol ingeridas en cada ocasión; esta forma de beber casi siempre conduce a la embriaguez, por lo tanto, en nuestro país, los problemas relacionados a la intoxicación aguda son más graves en comparación con los problemas asociados a la dependencia porque implican un alto costo social.

La distinción entre el abuso de alcohol y la dependencia refleja la aceptación de un continuo de problemas derivados del consumo y tiene importantes implicaciones para el tratamiento. Una de las características más importantes de los bebedores excesivos consiste en que aún no han perdido el control sobre su forma de beber, es decir, a pesar de que se embriagan con frecuencia, hay ocasiones en las que pueden beber moderadamente e incluso pueden pasar varios días sin consumir alcohol. Esto quiere decir que existe la posibilidad de que aprendan a beber dentro de ciertos límites para reducir los riesgos a los que se exponen al beber en exceso.

Desde la perspectiva de la salud pública, la prevención secundaria tiene como objetivo reducir o eliminar el consumo de alcohol de manera oportuna y eficiente para prevenir las consecuencias adversas. Desde este punto de vista, la labor del psicólogo es fundamental en la

investigación para lograr una mejor comprensión del fenómeno, así como en el desarrollo y evaluación de programas de prevención e intervención.

Margolis y Zweben (1998) señalan que durante el siglo XX se registraron algunos de los más importantes avances en el campo del tratamiento de problemas de consumo de alcohol y drogas. Durante la primera mitad del siglo, el campo del tratamiento estuvo dominado por la psiquiatría y por ende, por una visión médica y moral que lejos de favorecer la rehabilitación, contribuía a la estigmatización de los individuos afectados.

Además, la mayoría de las opciones de tratamiento no estaban validadas empíricamente, sin embargo, actualmente las aproximaciones cognitivo-conductuales derivadas de investigaciones controladas representan una alternativa promisorias ya que los terapeutas conductuales han hecho importantes contribuciones al examinar sistemáticamente la efectividad de programas de intervención controlados para el tratamiento del consumo excesivo (Alden, 1988; Heather, Robertson, McPherson, Allsop & Fullton, 1987; Skutle & Berg, 1987; Sanchez-Craig, Annis, Bornet & McDonald, 1984; Lovibond & Caddy, 1970; Sobell & Sobell, 1973; Babor & Grant, 1992).

A pesar de los avances aportados por el análisis de la conducta, los psicólogos siguen teniendo un papel secundario en el tratamiento de los problemas adictivos, esta participación marginal obedece a una serie de barreras que incluye la carencia de entrenamiento especializado en el tratamiento de este tipo de problemas.

Esta limitación se extiende al campo de la medicina y otras áreas relacionadas con la salud; Walsh, Sanson-Fisher, Low y Roche (1999) comentan que en años recientes se ha despertado una gran preocupación en el ámbito académico debido a que los estudiantes de medicina y los practicantes de esta disciplina poseen un nivel de habilidades deficiente en la evaluación y manejo de pacientes con problemas de consumo excesivo.

Esto puede deberse en parte a que los métodos de entrenamiento tradicionales no son suficientes para desarrollar habilidades para el tratamiento, por lo tanto, es necesario aceptar que las técnicas educativas basadas en la exposición y la conferencia requieren ser acompañadas de otras técnicas didácticas que permitan el ensayo supervisado de las intervenciones y la retroalimentación inmediata.

Asimismo, el creciente cuerpo de evidencia acerca de diversos modelos de intervención efectivos para el tratamiento de diferentes problemas psicológicos y de salud, requiere la generación de nuevos medios para hacerlos accesibles en la comunidad profesional (Hickling & Blanchard, 1997).

Por estas razones, es indispensable formar profesionistas de alto nivel que sean capaces de enfrentar los retos que se prevén en relación a los problemas de salud mental derivados del consumo de sustancias, así como los problemas sociales que se le asocian

En respuesta a estas necesidades, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México ha puesto en marcha el Programa de Maestría en Psicología Profesional con la finalidad de formar psicólogos y otros profesionales afines en el manejo de técnicas, métodos y procedimientos científicos de vanguardia que permita a los egresados:

1. Implementar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, hacer análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país
2. Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente
3. Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que causa el consumo de sustancias psicoactivas
4. Aplicar programas de intervención para rehabilitar personas adictas
5. Sensibilizar y capacitar a otros profesionales para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria
6. Implementar proyectos de investigación experimental, aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas más y mejores opciones para la prevención, detección temprana, el tratamiento y la rehabilitación.

El programa de estudios es de corte teórico-práctico para favorecer el contacto de los estudiantes con instituciones dedicadas a la investigación y el tratamiento de las conductas adictivas a través del programa de Residencia en Adicciones. Esta modalidad pretende desarrollar

en los alumnos habilidades y competencias básicas para la investigación, la prevención y el tratamiento tanto de las conductas adictivas como de sus consecuencias a nivel social.

El presente documento reporta las actividades realizadas en el Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones. Está integrado por cuatro secciones, en la primera de ellas se describen las actividades programadas y complementarias que se llevaron a cabo durante los cuatro semestres del programa.

En la segunda sección se describe un modelo de intervención breve dirigido a orientar a familiares de usuarios de alcohol y drogas, se abordan los antecedentes teóricos y metodológicos, el proceso de desarrollo del modelo, así como la evaluación del Manual de capacitación en el manejo del modelo.

Como un referente de las habilidades para la investigación que se adquirieron durante la formación profesional, en el tercer capítulo se reportan los hallazgos de un estudio realizado para evaluar la eficacia del modelo de intervención y, finalmente, en la cuarta sección se expone el análisis de un caso que se seleccionó del estudio global para ilustrar las competencias adquiridas en relación con la práctica clínica.

I. INFORME GENERAL DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL

Uno de los ejes rectores del Programa de Maestría en Psicología Profesional es la prevención secundaria del consumo de alcohol, por lo tanto, gran parte de las actividades giran en torno al Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997). Se trata de un modelo de intervención basado en la teoría del aprendizaje social y técnicas conductuales de autocontrol para la modificación de la conducta de consumo en bebedores con patrones de ingesta de alto riesgo, pero que no cubren los criterios de dependencia al alcohol.

A través de este tipo de intervenciones se pretende cubrir de manera más eficiente las necesidades de un grupo de la población que carece de opciones de tratamiento debido a las características particulares de su patrón de consumo (Skinner, 1990).

En términos generales, la residencia está enfocada a desarrollar en los alumnos habilidades y competencias mediante la realización de prácticas supervisadas en las diferentes áreas que conforman el programa:

- **Diseminación.** Consiste en la planeación y desarrollo de actividades orientadas a la promoción del Programa de intervención en diferentes instituciones de salud con el objeto de contactar usuarios potenciales. La estrategia fundamental de diseminación son los llamados “Talleres Interactivos” en los que participa el personal de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se revisan y discuten los hechos que justifican el modelo de Autocambio en la teoría y la práctica.
- **Capacitación.** Es el entrenamiento de los profesionales de la salud en la aplicación del modelo de Autocambio para bebedores problema. Hasta la fecha, los médicos familiares han sido la población blanco de esta rama del proyecto, por lo que el curso de capacitación se plantea de tal forma que sin necesidad de ser psicólogos, los médicos, enfermeras y otros

profesionales interesados puedan comprender las bases teóricas del modelo y desarrollar las habilidades básicas para tratar a los bebedores problema. La elaboración de guías para facilitar el entrenamiento y la ejecución de la intervención es también una de las metas del área de capacitación.

- **Supervisión** Se refiere a los mecanismos que aseguran la integridad del tratamiento. En esta área se han desarrollado diversos instrumentos que facilitan la observación y evaluación de los terapeutas en la aplicación del modelo, con el fin de retroalimentarlos y ayudarles a mejorar su desempeño
- **Seguimiento.** En esta área las actividades están orientadas a contactar a los usuarios que ya han recibido tratamiento con el fin de evaluar los resultados del mismo, verificar el mantenimiento del cambio de conducta a lo largo del tiempo, e identificar a aquellos usuarios que requieren sesiones adicionales de tratamiento para mantenerse dentro de la meta de consumo que eligieron previamente.

A continuación se describen las actividades desarrolladas en la Facultad de Psicología y en las sedes alternas del programa de residencia en Adicciones.

I. 1. SEMESTRE 1999-2

I.1.1. Formación teórica

De Agosto a Noviembre de 1998 se llevó a cabo el seminario de Análisis Experimental de la Conducta que fue impartido por el Mtro. Cesar Carrascoza V en el que se analizaron y discutieron los conceptos básicos del Análisis Experimental de la Conducta y del Análisis Conductual Aplicado así como los antecedentes teóricos y filosóficos del Conductismo. El seminario se evaluó mediante la aplicación de un examen.

De Enero a Julio de 1999 tuvo lugar un seminario sobre metodología de investigación de caso único impartido por el Mtro. César Carrascoza y un seminario de Diseminación impartido por el Dr. Héctor Ayala y el Mtro. César Carrascoza

I.1.2. Programa de Residencia

a) Durante este periodo las actividades del programa de residencia se realizaron dentro del proyecto "*Consumo de sustancias y violencia doméstica*" bajo la supervisión de la maestra Guillermina Natera en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. El objetivo del proyecto de investigación consiste en explorar la relación entre la ocurrencia de la violencia doméstica y el consumo de alcohol del agresor, en una muestra de mujeres que acudieron a presentar denuncias a la Agencia del Ministerio Público en la ciudad de Pachuca. Las actividades específicas fueron:

- Aplicación de cuestionarios sobre violencia y consumo de alcohol en Pachuca, Hidalgo
- Revisión y captura de cuestionarios
- Realización de entrevistas
- Revisión de literatura y realización de fichas sobre violencia y consumo de alcohol

b) Hacia el final del semestre las actividades en el Instituto Mexicano de Psiquiatría se centraron en la planeación del proyecto para evaluar el Manual "*Prevención del consumo de alcohol y drogas*".

c) Colaboración en el desarrollo de material de apoyo para la conferencia titulada "*Violencia, adicciones y la prevención en México*" dictada por la Mtra. Guillermina Natera durante el Simposio Internacional sobre Violencia, prevención y manejo integral de las adicciones, en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, Santa Fe de Bogotá Octubre 22-24 de 1998

d) Colaboración en el desarrollo de material de apoyo para la conferencia titulada "*Reflexiones sobre las políticas de prevención*" dictadas por la Mtra. Guillermina Natera durante el Simposio Internacional sobre Violencia, prevención y manejo integral de las adicciones, en la

Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, Santa Fe de Bogotá Octubre 22-24 de 1998.

- e) Coautoría del trabajo titulado “*Percepción de la Cohesión y el Conflicto Familiar a la Luz del Concepto Colectivismo-Individualismo. Una Comparación Transcultural México-Gran Bretaña*”.
- f) Presentación del mismo en substitución de la Mtra. Guillermina Natera en el VIII Congreso Mexicano de Psicología. El Comportamiento Humano y el Nuevo Siglo: Problemas y Soluciones, Sociedad Mexicana de Psicología, Unidad de Congresos del Centro Médico Siglo XXI, IMSS, Octubre 15-17, 1998

I. 2. SEMESTRE 2000-1

I. 2. 1. Formación teórica

El programa de residencia en el Instituto Mexicano de Psiquiatría comprendió la asistencia a cursos, seminarios y conferencias sobre temas relacionados con el campo de las adicciones.

Epidemiología de las adicciones. Curso impartido por el Dr. Guilherme Borges los días 4, 8, 11, 25 de octubre y 8 de noviembre en sesiones de 2 horas. Contenido: i) Introducción a la epidemiología y al estudio epidemiológico de las adicciones, ii) Medición, principales diseños epidemiológicos y su aplicación en la epidemiología de las adicciones; iii) Estudios longitudinales y de intervención; iv) Estudios de casos y controles; v) Encuestas de prevalencia (estudios transversales). Forma de evaluación: examen

Aspectos de la política nacional e internacional respecto a las drogas. Seminario impartido por la Dra. Ma. Elena Medina Mora los días viernes de 8:00 a 10:00 a. m. El contenido del curso incluyó la revisión artículos relacionados con la política internacional en materia de adicciones, en particular la postura de México frente a las estrategias instrumentadas por otros países, los esfuerzos realizados para seguir las recomendaciones internacionales. Forma de evaluación: Fichas de control de lectura, análisis del Programa Nacional contra la

Farmacodependencia. Al final del curso se elaboró una propuesta para la realización de un estudio de diagnóstico comunitario.

Neurobiología de las adicciones. Seminario impartido por el Dr. Marco Polo Peña Corona, los días viernes de 10:00 a 12:00. En este seminario se revisó información acerca de los efectos del alcohol en el sistema nervioso central y en los órganos del cuerpo humano. Fue especialmente importante para comprender las bases fisiológicas de la dependencia y las consecuencias negativas del consumo excesivo. Algunas sesiones fueron impartidas por profesores invitados.

Temas selectos de adicciones Curso coordinado por la Mtra. Guillermina Natera. Profesores invitados: Dra. Blanca de la Rosa, Lic. Jorge Villatoro, Dr. Carlos Cruz, Dra. Silvia Cruz, Dr. Arturo Ortiz, Dra. Martha Romero, Mtra. Patricia Cravioto, Mtra. Ma. Elena Castro; Lic. Jorge Galván, Lic. Eva Rodríguez, Dr. Luis Berruecos, Mtra. Guillermina Natera, Mtra. Laura Díaz Leal, Dr. Luis Solís. El seminario giró en torno al empleo de diferentes aproximaciones metodológicas para el estudio de las adicciones desde el punto de vista social, y las posibilidades para la prevención. El curso fue evaluado a través de la realización de un ensayo alrededor del tema de la prevención.

Un requisito más, fue la asistencia a los seminarios internos de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, que se realizan aproximadamente dos veces al mes. En dichos seminarios se presentan los avances de los proyectos de investigación de la división, o bien se invita a investigadores de otras instituciones

I. 2. 2. Programa de Residencia

Durante la residencia en el Instituto Mexicano de Psiquiatría se continuaron la participación en el proyecto "Evaluación del Manual *Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Trabajador y sus Familiares Manual para el Orientador*" (Natera, Orford, Iiburcio y Mora, 1998), coordinado por la Maestra Guillermina Natera. Este Manual es producto de una investigación transcultural realizada en México e Inglaterra para la cual se utilizaron métodos

cuantitativos y cualitativos (Orford, Natera, Nava, Ollinger, 1993); su objetivo principal es formar orientadores para brindar apoyo a familias con un miembro adicto a alguna sustancia.

La intervención propuesta en el Manual está basada en el análisis de las formas naturales de enfrentamiento, considerando sus ventajas y desventajas (en el capítulo 2 se describe el modelo con detalle). La meta es lograr que los familiares sean capaces de elegir conjuntamente una estrategia que les ayude a disminuir el estado de tensión en el que viven, y que propicie algún cambio en la conducta del consumidor

Los autores del Manual están interesados en realizar una evaluación que permita valorar los cambios que pueden registrarse en el comportamiento de las familias que participan en una intervención de esta naturaleza, además de definir los elementos que deben contemplarse en los cursos de capacitación en el manejo del modelo de intervención. Para ello, durante este semestre se inició el desarrollo de un protocolo de investigación en el que se plantean los objetivos del estudio de evaluación y se documenta el desarrollo del Manual. Las actividades desarrolladas en este proyecto fueron las siguientes:

1. Revisión de literatura acerca de la aproximación estrés-enfrentamiento, terapia cognitivo-conductual y avances en metodología para la diseminación de hallazgos de investigación.
2. Documentación del proceso del desarrollo del manual de intervención
3. Integración de un protocolo de investigación
4. Desarrollo de material educativo
5. Desarrollo de instrumentos para la evaluación del curso de capacitación, material didáctico, conocimientos adquiridos en el curso y resultados de la intervención con familias.

Otras actividades de la residencia se llevaron a cabo en la Facultad de Psicología y se concentraron en el sub-proyecto *Diseminación del Programa de Autocontrol Dirigido para Bebedores Problema*. Este sub-proyecto tiene como objetivo dar a conocer el modelo de intervención en las clínicas y hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicados en los estados de la República mediante un taller interactivo que tiene el fin de despertar el interés de los profesionales de la salud en la aplicación de esta forma de intervención breve para el tratamiento de problemas de consumo excesivo de alcohol.

El taller requiere la discusión de material escrito que proporciona información acerca de la gravedad del problema de consumo en nuestro país así como de sus consecuencias sociales y de salud, y se destaca la necesidad de atender este problema en las primeras etapas del desarrollo de patrones de consumo problemático. Un aspecto fundamental de los talleres es la evaluación de los conocimientos, actitudes e intereses de los participantes a través de diferentes cuestionarios que se han diseñado para este propósito. Así, las actividades consistieron en:

- Revisión y codificación de los instrumentos
- Creación y actualización constante de la base de datos
- Obtención de análisis preliminares

Del 29 de Octubre al 2 de Noviembre de 1999 se llevó a cabo el Congreso de la Asociación Psiquiátrica Mexicana que se llevó a cabo en Huatulco, Oaxaca donde se presentó el trabajo titulado "*Percepción de la violencia doméstica en la familia y la comunidad*". El documento incluye datos de una encuesta sobre utilización de servicios de atención a la salud mental, realizada en el sur de la ciudad de México. El sub-proyecto sobre violencia doméstica y consumo de alcohol es coordinado por la Maestra Guillermina Natera, quien supervisó la elaboración del documento

Como parte de las actividades relacionadas con la evaluación del manual descrito anteriormente, se impartieron conferencias y talleres a alumnos, padres de familia y profesores del Colegio Nacional de Educación Profesional (CONALEP) (ver cuadro No. 1). Estas actividades se realizaron en coordinación con la asociación civil Mujeres y Juntos, que favoreció el contacto del Instituto Mexicano de Psiquiatría y el CONALEP.

En tales eventos, se proporcionó información acerca de las consecuencias negativas del patrón de consumo de alcohol predominante en la población mexicana que, como se sabe, es poco frecuente pero de altas cantidades por ocasión de consumo. Esta forma de beber generalmente conduce a la embriaguez y genera graves problemas sociales y de salud que afectan no sólo a quienes consumen bebidas alcohólicas, sino también a los familiares cercanos y a otros miembros de la comunidad.

En las pláticas se recomendaron algunas estrategias y acciones sencillas que pueden realizarse para minimizar los efectos y combatir la embriaguez en personas que aún no presentan síntomas de dependencia, pero que tienen un nivel de riesgo elevado. Asimismo, se proporcionó información sobre centros de tratamiento a las personas que lo solicitaron.

A partir de la información que integró las conferencias, se elaboró un folleto titulado "*Preguntas y respuestas acerca del consumo de alcohol. Una guía para prevenir el abuso de alcohol en la familia*" (Tiburcio, Lima y Natera, 2000). La impresión del primer tiraje del folleto fue financiada por Mujeres y Juntos A. C. y el Instituto Nacional de Solidaridad.

CUADRO No. 1. INFORME DE ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN, SEMESTRE 2000-1

EVENTO	IMPARTIDO POR	DIRIGIDO A	PLANTEL	FECHA
Conferencia	Guillermina Natera, Marcela Tiburcio y Laura Lima	Padres de familia	Tlalpan II	Octubre 11, 1999
Conferencia	Marcela Tiburcio y Laura Lima	Padres de familia	Coyoacan	Octubre 12, 1999
Conferencia	Marcela Tiburcio	Alumnos	Coyoacan	Octubre 14, 1999
Taller	Guillermina Natera, Marcela Tiburcio y Laura Lima	Alumnos	Coyoacan	Noviembre 15, 1999
Taller	Guillermina Natera, Marcela Tiburcio y Laura Lima	Profesores	Coyoacan	Enero 19, 2000

I. 3. SEMESTRE 2000-2

I. 3. 1. Formación teórica

En esta ocasión, la formación profesional en la Facultad de Psicología comprendió la asistencia a los siguientes cursos:

Modelos prevención Curso impartido por la Mtra. Carmen Millé, donde se revisaron conceptos relacionados con la elaboración de campañas de sensibilización y prevención de las adicciones en el ámbito comunitario. Dos sesiones se dedicaron al modelo de atención telefónica de la línea "Vive sin drogas" a cargo de la Psic. Gabriela Rodríguez del Consejo Nacional contra

las Adicciones, donde tuvimos oportunidad de visitar el centro de atención telefónica, explorar el programa de cómputo que se desarrolló para hacer más eficiente el servicio que se presta en este lugar y escuchar una intervención. Finalmente, la Lic. Rosa Bonifaz presentó el programa de intervención “Construye tu vida sin Adicciones”. El curso se evaluó mediante la realización de dos trabajos escritos, uno de ellos respecto a la utilización de instrumentos de tamizaje en un ámbito de acción particular y el segundo referente a la aplicación del modelo de intervención denominado “Construye tu vida sin adicciones” también en un escenario específico.

Modelos de intervención en adicciones. Impartido por el Dr. Héctor Ayala y el Mtro. Cesar Carrascosa. En este seminario se revisó literatura relacionada con los avances en el tratamiento de conductas adictivas a partir de la aproximación cognitivo-conductual. Se compararon los resultados obtenidos con tratamientos derivados de la ciencia de la conducta en relación con otras aproximaciones psicológicas. Gran parte de la discusión giró en torno a los principios teóricos que sustentan las tareas que integran el programa de autocambio dirigido, haciendo énfasis en el modelo transteórico propuesto por Prochaska y DiClemente (1988) y su importancia en la obtención de resultados positivos en las intervenciones dirigidas a modificar conductas problemáticas.

El seminario se evaluó a partir de la entrega de fichas de lectura de cada uno de los artículos revisados en clase y la elaboración de una propuesta de intervención que integrara los elementos que la evidencia señala como claves del éxito en el tratamiento.

Psicología cognitiva. Curso impartido por el Dr. Fernando Vázquez y el Mtro. Cesar Carrascosa. Los principios psicológicos de percepción, reconocimiento de formas, atención, etc y su papel en el tratamiento de conductas adictivas fueron el tema principal de este curso. En la segunda parte se examinó literatura relacionada con el tratamiento de conductas adictivas haciendo énfasis en el análisis de los principios psicológicos involucrados. Se evaluó con la elaboración de un ensayo sobre el tema y la entrega de fichas de lectura.

Temas selectos de adicciones Curso coordinado por la Dra. Amada Ampudia. En una primera etapa del curso se revisó literatura relacionada con la efectividad de los tratamientos basados en la aproximación cognitivo-conductual. Posteriormente se expusieron algunas de las actividades desarrolladas y los avances logrados por los alumnos de la maestría en los diferentes

subproyectos del modelo de autocambio dirigido. Finalmente, se integró una serie de conferencias impartidas por el Dr. Salgado en relación con los efectos de la cocaína en el sistema nervioso central y los mecanismos neurofisiológicos de las adicciones.

Este curso en particular presentó dificultades para cubrir los objetivos dado que una de las prioridades planteadas en el programa de actividades fue la observación en cámara de Gessel de las sesiones de tratamiento en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad, en muchas ocasiones la asistencia a dichas observaciones impedía o limitaba la realización de las actividades programadas para este curso.

La evaluación requirió la elaboración de un reporte de una búsqueda bibliográfica sobre el tema prioritario del subproyecto en el cual participó cada uno de los alumnos de la maestría.

I. 3. 2. Programa de Residencia

Se continuaron las actividades en el Instituto Nacional de Psiquiatría en el proyecto “*Evaluación del Manual Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Trabajador y sus Familiares. Manual para el Orientador*” (Natera, Orford, Tiburcio y Mora, 1998).

En la Facultad de Psicología por otra parte, se llevó a cabo la reestructuración del material de apoyo para la capacitación del personal de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social en el manejo del *Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema*. Como resultado de esta actividad se generaron tres guías:

Guía de capacitación para profesionales de la salud (Echeverría, Tiburcio, Cerero, Lima y Ayala, 2000). Contiene los fundamentos teóricos que sustentan el programa de Autocambio dirigido, está integrada por 5 capítulos:

1. ¿Cuál es el panorama epidemiológico en México?
2. Alternativas de intervención
3. Principios de la teoría del aprendizaje social
4. Espectro de bebedores y oportunidades de intervención
5. Introducción al modelo de autocambio dirigido

Guía de intervención para profesionales de la salud (Echeverría, Tiburcio, Cerero, Lima y Ayala, 2000). En esta guía se establecen las bases prácticas para la evaluación de los pacientes así como los lineamientos para el desarrollo de cada una de las cuatro sesiones que integran el programa de intervención.

Guía para el usuario (Echeverría, Tiburcio, Cerero, Lima y Ayala, 2000) Reúne en un solo documento los instrumentos, tareas y lecturas que los usuarios deben completar en el transcurso de la intervención.

Es importante señalar que el contenido de las guías fue sometido a una evaluación durante el curso de capacitación impartido a los alumnos de la maestría durante Febrero de 2000 en las instalaciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría, por lo tanto, el trabajo en el desarrollo de las guías estuvo enfocado a la identificación de los contenidos básicos para hacer más ágil la lectura del material y darle un formato más adecuado.

Para ello, fue necesario hacer una búsqueda bibliográfica sobre los aspectos técnicos a considerar en la elaboración de manuales. Con base en esta información se revisó el contenido de las guías, se planteó una nueva organización de los capítulos que las integran y se acordó un nuevo diseño.

Posteriormente, las actividades del curso de capacitación se organizaron en cartas descriptivas en las que se plantean los objetivos, materiales y tiempo requerido en cada sesión de entrenamiento, se incluyeron además técnicas y dinámicas grupales para favorecer el proceso de aprendizaje. Asimismo, se preparó una nueva versión del material visual (acetatos) que sirve como apoyo para la realización de los cursos de capacitación, unificando el formato y reduciendo la cantidad de información en cada acetato. Con este material –cartas descriptivas y acetatos- se integró una carpeta con los elementos básicos del curso para capacitar al personal de salud en el futuro.

Después de la reestructuración de las sesiones de entrenamiento y del material de apoyo, se impartieron dos cursos para el Instituto Mexicano del Seguro Social, uno de ellos en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza y otro en la ciudad de Cuernavaca, Morelos (ver cuadro No. 2)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No.2. INFORME DE ACTIVIDADES SEMESTRE 2000-2

EVENTO	PARTICIPACIÓN	LUGAR	FECHA
Congreso Nacional	Secretaria de Taller	México D. F.	29 y 30 de Mayo de 2000
Congreso Internacional	Ponente	México D. F.	5-9 de Junio de 2000
Curso	Docente	México D. F.	26-30 de Junio de 2000
Curso	Docente	Cuernavaca, Morelos	10-13 de Julio de 2000

Durante el “*Congreso Nacional Sociedad y consumo de bebidas con alcohol en México: Visión holística y prospectiva*” organizado por la Fundación de Investigaciones Sociales A. C. y la Secretaría de Salud los días 29 y 30 de Mayo de 2000, se colaboró en la organización del taller de Prevención que estuvo a cargo de la Maestra Guillermina Natera.

En dicho taller se presentaron conceptos básicos de la prevención y ejemplos de programas de prevención primaria y secundaria en los ámbitos comunitario, escolar, laboral e institucional, entre los cuales se encuentra el *Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema*. Al final de la sesión se solicitó a los asistentes que compartieran sus experiencias en el ejercicio de la prevención del consumo excesivo de alcohol y señalaran los aspectos críticos de esta práctica con la finalidad de elaborar recomendaciones para intervenciones futuras.

En la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, que tuvo lugar del 5 al 9 de Junio, se presentó el trabajo titulado “*Manual para la prevención del consumo de alcohol y drogas en la familia*” (Natera, Tiburcio y Mora, 2000).

I. 4. SEMESTRE 2001-1

I. 4. 1. Formación teórica

El programa de este semestre en la Facultad de Psicología comprendió la asistencia a los siguientes cursos:

Temas selectos de adicciones. La primera parte del curso fue impartida por el Mtro César Carrascoza y se revisó literatura relacionada con la metodología de investigación con el propósito de corregir los errores metodológicos cometidos durante la elaboración del protocolo de investigación. La calificación de esta fase estará basada en la entrega del protocolo considerando las recomendaciones y correcciones hechas tanto por el Mtro. Carrascoza como por el Dr. Héctor Ayala en cuanto a la metodología

La segunda parte del curso estuvo a cargo de la Lic. Echeverría y la Dra. Ampudia, consistió en la realización de sesiones clínicas donde se expusieron los casos tratados por los estudiantes con el fin de analizar la aplicación del modelo en cada caso particular, discutir las dificultades más frecuentes, las posibles formas de solucionarlas, y finalmente, retroalimentar a los estudiantes en relación a su desempeño como terapeutas. La evaluación del componente práctico de la residencia se realizará a través de la entrega de la videograbación de una sesión de tratamiento.

Neurofisiología de las adicciones. Seminario impartido por el Dr. Felipe Cruz. En este seminario se revisó literatura especializada en relación con la psicofarmacología de las diferentes drogas. Se hizo especial énfasis en los mecanismos por los cuales se desarrolla una condición de dependencia de acuerdo a las características de las diferentes sustancias. El seminario se evaluó a través de la entrega de diferentes trabajos escritos y dos exámenes.

I. 4. 2. Programa de Residencia

Gran parte de las actividades de la residencia se llevaron a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría, donde se inició el trabajo de campo para la investigación que servirá como base para el trabajo terminal. En esta fase las actividades se iniciaron con un curso de capacitación en el que participaron estudiantes de licenciatura de la Facultad de Psicología. Dado que este grupo de alumnos realiza diferentes actividades de diagnóstico y promoción de la salud en diversas comunidades, se consideró que su participación puede ser de gran utilidad para establecer contacto con familiares de usuarios de alcohol y drogas. En el anexo 1 de este documento se describen las actividades realizadas durante el curso de capacitación.

Asimismo, durante el semestre se continuó el trabajo de apoyo a los proyectos “Consumo de alcohol y violencia doméstica” y “Familia, abandono y abuso de inhalables” coordinados por la Mtra. Guillermina Natera en los proyectos”. Las actividades principales consistieron en la elaboración de una base de datos y la codificación de entrevistas. Durante el semestre 2001-1 participé en las siguientes reuniones científicas (ver cuadro No. 3)

CUADRO No. 3. INFORME DE ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN SEMESTRE 2001-1

EVENTO	TRABAJO PRESENTADO	LUGAR	FECHA
XV Reunión de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente	Tiburcio M.; Natera G.: Propuesta metodológica para la evaluación de un modelo de intervención breve para problemas de alcohol y drogas.	México D. F	20 y 22 de Septiembre de 2000
VII Congreso Mexicano de Psicología Social y I Congreso Mexicano de Relaciones Personales	Mora J., Natera G.; Tiburcio M.: Expectativas del consumo de alcohol en estudiantes universitarios.	Guadalajara, Jal.	25-27 de Octubre de 2000
V Congreso Internacional sobre el Conductismo y las Ciencias de la Conducta	Lima I.; Cerero L.; Tiburcio M.; Echeverría I. y Ayala H.: Capacitación a profesionales de la salud en la aplicación de un modelo de autocambio dirigido para bebedores problema.	Xalapa, Ver.	5-8 de Octubre de 2000
V Congreso Internacional sobre el Conductismo y las Ciencias de la Conducta	Taller de Capacitación en el Modelo de Auto-cambio Dirigido	Xalapa, Ver.	5-8 de Octubre de 2000
Curso de capacitación de orientadores	Manual para la prevención del consumo de alcohol y drogas en la familia	México D. F.	13, 20 y 27 de Octubre y 8 de Noviembre de 2000
Curso “Trastorno por Déficit de Atención”	“Consumo de alcohol y drogas en la adolescencia”	México D. F	17 de Noviembre de 2000

Los asistentes al curso “Trastorno por Déficit de Atención” fueron padres de adolescentes que han sido diagnosticados con trastorno por déficit de atención en el Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1.5. HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

A través de los diversos cursos, seminarios y talleres de los cuatro semestres que integran la modalidad escolarizada el programa de Maestría, se profundizó en diferentes aproximaciones teóricas y metodológicas para el estudio de las conductas adictivas, específicamente, en las bases teórico-metodológicas del programa de autocambio dirigido que se desprenden de la teoría del aprendizaje social y el análisis de la conducta. A partir de esta revisión, fue posible apreciar las diferentes posturas a este respecto y advertir la complejidad del fenómeno.

La participación en proyectos de investigación que se llevan a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría, favoreció el desarrollo de habilidades básicas para la investigación, tales como la investigación documental, creación y manejo de bases de datos cuantitativos y cualitativos, desarrollo de instrumentos, redacción de reportes técnicos y guías de intervención y capacitación, que en su conjunto, facilitarán la integración y puesta en marcha de protocolos de investigación en el futuro.

Asimismo, la participación en conferencias y foros científicos, permitió el desarrollo de habilidades para la diseminación de resultados de investigación y la incursión en actividades divulgación dirigida a la población general, correspondientes a la prevención primaria.

II. MODELO DE INTERVENCION BREVE PARA PROBLEMAS DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA FAMILIA. APLICACIÓN Y EVALUACION

En este capítulo se describen las actividades realizadas en las diferentes fases del proyecto *Evaluación de un Modelo de Intervención Breve para Problemas de Alcohol y Drogas en la Familia*, el cual está enfocado a atender una parte importante de las consecuencias del consumo de alcohol y drogas: las repercusiones en la salud familiar.

El consumo excesivo de alcohol y otras drogas es sin duda uno de los problemas más graves en México y el resto del mundo. En la actualidad, existe un enorme cuerpo de literatura que advierte sobre las diferentes consecuencias sociales y de salud que se derivan de las prácticas de consumo de la población, haciendo evidente que vivir con un consumidor de alcohol o drogas es una experiencia cada vez más común dada la prevalencia de este problema. Es así que la familia se perfila como el grupo que sufre los estragos del consumo de manera más inmediata y directa (Natera, Mora y Tiburcio, 1999).

Se ha documentado que la mayoría de los consumidores de alcohol o drogas presentan múltiples problemas de tipo familiar y de pareja que pueden ser resultado y/o causa del consumo; al mismo tiempo, se ha generado una base de evidencia que apoya la relación entre la participación de los familiares en un proceso terapéutico y la obtención de resultados positivos en el tratamiento del usuario (O'Farrell y Cowles, 1995).

El impacto del consumo de sustancias en la familia se ha abordado a partir de diferentes modelos explicativos que incluyen las perspectivas psicodinámica, sistémica, feminista, así como la psicología comunitaria y la codependencia (Velleman, Copello y Maslin, 1998). Otra aproximación sobresaliente es el modelo estrés-enfrentamiento. Este modelo plantea que el consumo de alcohol o drogas constituye un importante estresor para los familiares que viven con el usuario, quienes por otra parte, no están preparados para hacer frente a esta situación por lo tanto, vivir con el usuario implica un esfuerzo mental constante para entender qué es lo que está

ocurriendo y plantea un dilema sobre cuál es la mejor manera de responder a esta situación (Orford, 1998).

Estudios realizados en nuestro país indican que las formas de enfrentar empleadas por las familias mexicanas con frecuencia no favorecen el inicio del proceso de búsqueda de ayuda, además, se asocian con altos niveles de malestar físico y psicológico. Esto es más común en el caso de las mujeres en comparación con los hombres (Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie, Bradbury, Davies, Mora, Nava, Rigby y Iiburcio, 2001).

Otros hallazgos indican que a pesar de las consecuencias negativas que el consumo de sustancias tiene en la salud familiar, el proceso de búsqueda de ayuda se retrasa y/o dificulta debido a una serie de mitos, valores, tradiciones y creencias que trastocan la vida familiar. Dichas barreras para la búsqueda de ayuda actúan generando expectativas respecto a la función de la familia y la conducta de cada uno de los miembros, ya que puede existir una gran presión por parte de algunos integrantes para que la información referente a los problemas generados por el consumo no salga del contexto familiar (Natera, Mora y Iiburcio, 1999).

Desde este punto de vista, la presencia de un consumidor de alcohol o drogas en la familia implica un fracaso en el cumplimiento de las expectativas sociales. Por ello, es común que los integrantes del grupo familiar experimenten sentimientos de vergüenza, culpa y temor que con frecuencia los puede llevar a ocultar la problemática en un intento por solucionarlos al interior de la familia.

Otras barreras para la búsqueda de ayuda obedecen al desconocimiento respecto a los servicios de atención, la poca disponibilidad y accesibilidad de los centros de tratamiento y la falta de opciones de intervención que cubran las necesidades específicas de los solicitantes (Natera, Mora y Iiburcio, 1998).

De ahí la necesidad de contar con un modelo de intervención breve que reduzca los efectos negativos y ayude a los familiares a lograr un mejor estado de salud física y psicológica, así como a encontrar nuevas formas de relacionarse con el resto de la familia.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de una intervención para la modificación o adquisición de nuevas formas de enfrentamiento por parte los familiares de usuarios de alcohol o drogas

II. 1. MARCO CONCEPTUAL

El modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol y/o drogas está sustentado en la teoría del estrés-enfrentamiento y en la aproximación psicoterapéutica cognitivo-conductual. La teoría del estrés-enfrentamiento contribuye a comprender el malestar experimentado por los familiares frente a una situación inusual, en tanto que la aproximación cognitivo-conductual aporta elementos que explican por qué es posible modificar las formas de enfrentar y la conducta.

II. 1. 1. Teoría del estrés-enfrentamiento

El modelo de intervención que se pretende evaluar parte del supuesto de que los familiares de usuarios de alcohol o drogas viven una serie de experiencias desagradables que dan pie a la aparición de diferentes síntomas de tensión o estrés (Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Copello y Velleman, 1998).

Lazarus y Folkman (1984) definen al estrés psicológico como una *“relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que ponen en peligro su bienestar”* (p 43).

La evaluación cognitiva es el proceso que permite al individuo estimar cuando un evento es estresante o no y determina las consecuencias que éste puede provocar. La percepción de la magnitud e intensidad del estresor varía de un individuo a otro e incluso de una situación a otra. Por ello, no es posible definir el estrés considerando exclusivamente las características del ambiente sin tomar en cuenta las características individuales, además, el nivel de estrés que sufre un individuo depende de lo que se pone en juego al interactuar con el medio así como de las ventajas y desventajas de esa interacción específica.

Por lo tanto, el estrés puede considerarse como un elemento que organiza diferentes fenómenos que son importantes para la adaptación humana, entre ellos, los procesos cognitivos, acciones específicas y los estilos de vida (Lazarus, 1966).

Comúnmente, la respuesta del individuo a las situaciones estresantes se conocen como enfrentamiento. Lazarus y Folkman (op. cit.) definieron al enfrentamiento como el "*conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*" (p. 164). Al señalar que se trata de esfuerzos constantemente cambiantes, se hace alusión al enfrentamiento como un proceso cuyo resultado varía de una situación particular a otra

De acuerdo con estos autores, el enfrentamiento, tiene dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de la perturbación (enfrentamiento dirigido al problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (enfrentamiento dirigido a la emoción)

La forma en que un individuo enfrenta está determinada por los recursos sociales y psicológicos de que dispone; Peralin y Scholler (1978) señalan que los recursos sociales incluyen las redes de apoyo social (familia, amigos, instituciones, etc) mientras que los recursos psicológicos se refieren a las características personales que permiten resistir la amenaza que representan ciertos eventos presentes en el medio social.

Lazarus y Folkman (op. cit) consideran que las respuestas de enfrentamiento dependen de elementos tales como la salud y la energía física, las creencias existenciales (fe en Dios), las creencias generales sobre el control de la situación estresante, motivación para enfrentar, recursos para la solución de problemas, habilidades sociales y las fuentes disponibles de apoyo social así como los recursos materiales

Suponen además que los esfuerzos de enfrentamiento son exitosos cuando logran reducir el malestar físico y psicológico y cuando las personas pueden reintegrarse rápidamente a sus actividades cotidianas. Por lo tanto, ninguna estrategia de enfrentamiento *per se* es mejor que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

otra, su eficacia se determina a partir de sus efectos en una situación determinada y por sus efectos a largo plazo.

En algunas investigaciones sobre los efectos de las conductas adictivas en la familia, el concepto de enfrentamiento se ha definido como el conjunto de acciones y reacciones emocionales y cognitivas que los familiares reportan haber usado como consecuencia del consumo de sustancias (Natera, 1993). En Inglaterra, Orford, Rigby, Miller, Todd Bennet y Velleman (1992) tipificaron 8 formas de enfrentar esta problemática a partir de los relatos de 50 familiares y se encuentran resumidas en el cuadro 4:

CUADRO No. 4. FORMAS DE ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA FAMILIA

ACCIÓN	EMOCIÓN	ACTITUD
Control	Preocupado, responsable, desesperado, exhausto.	Debe haber algo que pueda hacer.
Emocional	Enojado, herido, aturdido.	Esto no es justo. El se está aprovechando de mí. El tiene la culpa.
Evitación	Herido, amargado, triste	Es mejor que nos separemos. Entre menos tiempo estemos juntos será mejor para mí/él/ambos.
Inacción	Aturdido, temeroso, desesperanzado, indiferente.	No sé que hacer. No sé qué pensar. Es su vida/cuerpo No es importante.
Tolerancia	Preocupado, falta de poder, culpa.	Los demás no lo entienden. Estará en peligro si no lo ayudo. Tal vez es mi culpa que él sea así Es mejor tenerlo aunque sea un adicto.
Apoyo hacia el Usuario	Amor hacia el usuario, optimismo.	No he perdido la esperanza. Quiero estar con él.
Confrontación, asertividad	Fuerza, calma	Debo ser fuerte para poder ayudarlo. Es mejor ser tenaz El debe saber cómo me siento.
Independencia	Confianza en sí mismo.	Debo hacerme cargo de mi vida. No puedo ayudarlo si también me hundo.

Fuente: Orford, Rigby, Miller, et al (1992)

Los individuos no emplean una sola forma de enfrentar de manera exclusiva, por el contrario, es común que una misma persona reporte distintas formas de enfrentar en diferentes momentos o bien, combinaciones de ellas. El enfrentamiento puede considerarse también como una forma de apoyo social ya que al influir en las experiencias estresantes, puede tener un efecto en el curso y la severidad del problema de consumo, por lo tanto, algunas formas de enfrentar pueden ser benéficas tanto para el familiar como para el usuario (Natera, Iiburcio, Mora y Orford 1999).

Con base en datos recopilados en México e Inglaterra, Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, et al. (1998), analizaron la estructura del enfrentamiento en un intento por confirmar la existencia de las ocho formas previamente identificadas. Los resultados de este nuevo análisis sugieren tres “posiciones de enfrentamiento” que podrían representar formas universales de responder al consumo de un familiar: a) *Involucramiento*, incluye los intentos de los familiares por cambiar el consumo excesivo e inaceptable; algunas formas de involucramiento son emocionales y controladoras, otras pueden ser apoyadoras y otras más asertivas; b) *Tolerancia*, que puede presentarse como inacción, aceptación, sacrificio o apoyo, y c) *Retiro*, acciones que conducen a la independencia del familiar.

Un análisis ulterior de los datos sugiere que ciertos grupos de familiares están en mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental, por ejemplo, las esposas de usuarios alcohol y drogas mostraron patrones de enfrentamiento altos en tolerancia e involucramiento, mismos que correlacionan significativamente con el nivel de síntomas. Este fue el caso de las esposas de usuarios de alcohol en México y las esposas de usuarios de drogas en Inglaterra. Los resultados también reflejan una gran tolerancia hacia el consumo de alcohol en México y mayor tolerancia hacia el consumo de drogas en Inglaterra, donde se encontró que en muchos casos las esposas entrevistadas también consumen drogas ilícitas.

Por otra parte, se observó que la calificación absoluta en la escala de retiro tiene una correlación negativa y estadísticamente significativa con la sintomatología, esto sugiere que una relativa preponderancia de retiro en el perfil de enfrentamiento de un familiar o en su repertorio de enfrentamientos es un signo saludable (Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie, Bradbury, Davies, Mora, Nava, Rigby y Iiburcio, 2001).

El modelo de intervención está sustentado en los conceptos propuestos por Orford et al. (1998, 2001) y asume que la adopción de estrategias de enfrentamiento tendientes a la independencia redundará en la reducción de los niveles de tensión y malestar experimentados por los familiares.

II. 1. 2. Modelo Cognitivo-Conductual

El modelo de intervención para familiares se basa también en el modelo terapéutico Cognitivo-Conductual. Este tipo de procedimientos asumen que los procesos cognoscitivos desadaptados tales como percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes se relacionan con conductas desadaptadas, por lo que la alteración de las cogniciones puede lograr modificaciones en la conducta (Kazdin, 1984).

Una variedad de tratamiento con base cognoscitiva es el entrenamiento en habilidades para la solución de problemas. Esta aproximación sugiere que las personas con problemas de adaptación presentan déficits en varios procesos cognoscitivos que subyacen a la conducta social en alguna de las siguientes áreas (Spivack, Platt y Shure, 1976):

1. **Pensamiento de solución alternativa.** Capacidad para generar diferentes opciones (soluciones) que puedan solucionar problemas en situaciones interpersonales.
2. **Pensamiento medios-fin.** Darse cuenta de los pasos intermedios requeridos para lograr una meta particular.
3. **Pensamiento de consecuencias.** Capacidad para identificar lo que podría suceder como resultado directo de actuar de cierto modo o elegir una solución.
4. **Pensamiento causal.** Capacidad para relacionar un evento con otro en el curso del tiempo y comprender porqué un evento conduce a una acción particular de otras personas.
5. **Sensibilidad hacia problemas interpersonales.** Capacidad para percibir un problema cuando existe e identificar los aspectos interpersonales de la confrontación que pueden surgir.

Las personas con déficit en estas áreas suelen tener dificultades para identificar soluciones alternativas para los problemas interpersonales, para manejar las consecuencias de su conducta y

para establecer los pasos que deben seguir para lograr una meta, por lo tanto, las intervenciones dirigidas a lograr procesos de solución de problemas más eficientes consisten en una serie de pasos que incluyen la definición del problema, considerar las posibles soluciones, describir las consecuencias y los obstáculos de cada solución para elegir la mejor de ellas (de Vega, 1987; Kazdin, 1984).

Este proceso es equiparable al llamado "*balance decisional*" que es una variable de central importancia en la comprensión del proceso de cambio de conducta. A pesar de que el concepto se ha desarrollado y aplicado al estudio de las conductas adictivas, es posible emplearlo en otras esferas dado que está orientado a comprender por qué algunas personas deciden cambiar una conducta y logran hacerlo, en tanto que otros individuos no lo hacen

Hablar de balance decisional irremediamente remite a la *Entrevista Motivacional*, que es un procedimiento que fue desarrollado por Miller y Rollnick (1991) para facilitar el cambio y ayudar a la gente a reducir la ambivalencia que experimentan una vez que inician un tratamiento de modificación de conducta. Se trata de una intervención cognitiva que consiste en hacer ver al cliente la naturaleza de sus racionalizaciones y confrontar la lógica que siguió para llegar a esa racionalización. Para ello, el cliente, ayudado por el terapeuta, debe analizar las ventajas y desventajas de cambiar y de no cambiar (Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt, 1999).

Janis y Mann (1968, en Marlatt 1985) desarrollaron un modelo de toma de decisiones conflictivas que trata de explicar cómo la necesidad de tomar una decisión ante un dilema genera un nivel de estrés psicológico que influye la toma final de la decisión. En todo caso, la decisión es vista como la resolución de un conflicto que incrementa el estrés por dos vías: Primero, la incertidumbre acerca de las pérdidas materiales o sociales que la decisión puede acarrear, y segundo, el reconocimiento de que la reputación y la autoestima entran en juego a la hora de tomar una decisión. De acuerdo con estos autores existen cinco patrones de enfrentamiento decisional:

- ***Adherencia no conflictiva.*** El individuo decide continuar con su conducta
- ***Cambio no conflictivo*** El sujeto acepta sin críticas que la mejor opción es modificar su comportamiento

- **Evitación defensiva** El individuo escapa del conflicto, delegando la responsabilidad a otros o construyendo racionalizaciones desiderativas que lo llevan a elegir la opción menos objetable.
- **Hipervigilancia**. Se caracteriza por la búsqueda frenética de una salida al conflicto que con frecuencia conduce a la elección de soluciones que aparentemente tendrán efectos positivos a corto plazo, sin embargo, se pasa por alto un amplio número de consecuencias como consecuencia de la excitación inicial. En su forma más extrema la hipervigilancia se conoce como pánico.
- **Vigilancia**. El individuo trata de obtener toda la información posible respecto al dilema que enfrenta y juzga esa información de manera objetiva además de analizar cuidadosamente cada opción antes de tomar una decisión.

Uno de los factores más importantes que determinan la forma en que se toma una decisión es el nivel de estrés producido por el conflicto, niveles muy altos tienen un efecto disruptivo en los procesos cognitivos en tanto que niveles medios de tensión se asocian con el patrón de vigilancia. Los conflictos decisionales con un marcado significado personal conducen a lo que Janis y Mann denominan "*cogniciones calientes*" (hot cognitions), es decir, juicios y pensamientos con una connotación emocional intensa que tienen un impacto considerable en el patrón de toma de decisiones empleado.

El modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol o drogas retoma los ciertos elementos de los supuestos cognitivos-conductuales ya que propone el análisis de las ventajas y desventajas de cada forma de enfrentamiento, así como la identificación de las cogniciones asociadas a cada una de ellas siguiendo un proceso similar a la solución de problemas, que culmina con la elaboración de un plan de acción.

II. 2. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

A partir de los resultados de una investigación transcultural sobre las formas de enfrentamiento en las familias de los consumidores sustancias (Orford, Natera, Casco, Nava y

Ollinger, 1993), se desarrolló un modelo de intervención en la que se propone una metodología para apoyar a estos individuos a encontrar mejores maneras de enfrentar

El procedimiento del modelo de intervención se describió en el manual titulado "*Manual destinado a los orientadores de prevención de alcohol y otras drogas para su intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares*" (Natera y Orford, 1993). Uno de los principales propósitos del Manual consiste en formar *Orientadores* dotándolos con las herramientas elementales que les permita propiciar la reflexión y ayudar a los familiares a tomar conciencia de que existe la posibilidad de hacer algo en el propio beneficio, a pesar de que el usuario no acepte acudir a tratamiento o niegue tener un problema. A través de la intervención del Orientador, las familias aprenden a identificar y llevar a cabo respuestas más efectivas para disminuir la tensión que sufren.

El Manual esta dirigido a profesionales o paraprofesionales que trabajan en atención primaria a la salud: médicos, enfermeras sanitaristas, trabajadores sociales, psicólogos, maestros y voluntarios, entre otros. Se planeó para que pueda ser empleado en forma autodidacta, sin embargo, una capacitación previa puede optimizar el desarrollo de las habilidades requeridas para la aplicación de la intervención

A continuación se señalan las fases que el orientador debe cubrir para realizar una intervención exitosa con los familiares (Natera, Iiburcio, Mora y Orford, 1999):

Paso 1. Escuchar y explorar las principales percepciones y circunstancias de cómo afecta el consumo a la familia. El Orientador debe reconocer la importancia de trabajar con los familiares aunque el usuario no esté presente. Lo importante en esta aproximación es atender el estrés del familiar, dándole confianza para que exprese sus sentimientos e identificar las principales tensiones ocasionadas por el abuso de alcohol o drogas. Un aspecto que se debe evitar es dar consejos o descalificar las acciones que el familiar ha realizado. Generalmente el familiar ha respondido de acuerdo a lo que pensaba que era oportuno hacer, por consiguiente, no es ni bueno ni malo, sino que es la mejor forma que encontró para hacer frente al problema.

En suma en esta fase el orientador debe estar capacitado para favorecer que el familiar exprese sus sentimientos, los problemas en la familia, su incertidumbre y sus expectativas.

Paso 2. Proporcionar información objetiva y relevante. El conocimiento ayuda a comprender y a disminuir el estrés y es muy posible que el familiar no tenga muchos conocimientos sobre drogas o estos sean incompletos o erróneos y esto sea parte del incremento de la tensión, el Orientador podrá dar la información suficiente que le permita ubicar la severidad de la situación pero debe evitar expresarlo como si fuera una conferencia o clase. Si solicita mayor información se le puede proporcionar bibliografía

Paso 3. Identificar los ocho mecanismos naturales de enfrentar y analizar sus ventajas y desventajas. Mostrar que hay alternativas de respuesta más eficientes. Esta es la fase más importante de la intervención, el orientador junto con el familiar evaluarán la forma en que han enfrentado la situación los diferentes miembros de la familia. Es necesario analizar en conjunto los beneficios que estas acciones han tenido para ellos o por el contrario si han tenido consecuencias negativas en la salud física y psicológica. Ambos pueden identificar las ventajas y desventajas como consecuencia de su experiencia. Si se ha hecho un buen análisis, el mismo familiar selecciona una mejor forma de enfrentar evaluando las ventajas y desventajas y eligiendo lo que más le conviene para disminuir su estrés, mejorar su salud física y psicológica e incluso influir positivamente en el usuario.

Paso 4. Explorar los apoyos recibidos y sugerir otros nuevos. En esta etapa el orientador habrá explorado las principales fuentes de apoyo social que el familiar ha tenido en esta problemática, estos pueden ser de otros familiares o de instituciones, amigos, la iglesia, etc. Se explora la posibilidad de buscar nuevos apoyos en los que no se habían pensado antes. Un apoyo puede ser desde una persona que lo escuche y lo entienda hasta que le ofrezca ayuda para asistir a tratamiento, o incluso ofrecer un cambio de domicilio para el usuario. Muchas veces los familiares no han pedido ayuda por miedo a violar un secreto familiar, es muy importante analizar el grado de tensión que esto les produce, las ventajas y desventajas que tendrían al hablar abiertamente de esta problemática como un problema de salud y no como un problema moral

Paso 5. Canalizar a fuentes de ayuda especializadas. Desde el principio de la intervención, el orientador debe aclarar al familiar que esta será una intervención enfocada al las consecuencias del consumo de sustancias, de requerir de una intervención mayor se le canalizará al lugar más idóneo, a no ser que el orientador sea un profesional entrenado en psicoterapia.

La intervención puede considerarse exitosa si se logró definir una estrategia más benéfica para el familiar que disminuya su tensión y fortalezca las formas de enfrentar la situación. Para cerrar el proceso, es útil insistir en que las puertas están abiertas por si otros miembros de la familia quieren asistir a la entrevista e incluso el usuario. Es importante hacer sentir al familiar la conveniencia de regresar periódicamente para evaluar su proceso.

Este procedimiento es un modelo de intervención breve dado que además de ser de corta duración, cumple con los criterios que de acuerdo con Heather (1995), caracterizan a este tipo de intervenciones:

1. Consisten en estrategias de modificación de conducta derivadas de la teoría del aprendizaje social.
2. Puede ser tratada como un proceso educativo, de esta manera se evita la etiquetación y estigmatización de los usuarios y sus familiares.
3. Incluye la canalización a otros servicios o a tratamientos más intensivos cuando esto es necesario.
4. Es posible obtener evidencia sobre su efectividad en comparación con otras formas de tratamiento.
5. Favorece la desprofesionalización del tratamiento y la prestación de servicios en escenarios diferentes al ámbito clínico.
6. En comparación con otras alternativas de intervención, son más económicas y requieren menos tiempo.

Además de estas características Heather (op. cit) considera dos elementos más que se aplican específicamente a las intervenciones breves para el tratamiento de problemas de consumo de alcohol:

7. El desarrollo de las intervenciones breves está relacionado directamente con el reconocimiento de que el consumo excesivo de alcohol no necesariamente conduce a la manifestación de síntomas de dependencia severa.

8 Están dirigidas a personas que se encuentran en las fases iniciales del consumo problemático, por ello no son indicadas para personas con problemas de dependencia severa excepto cuando no pueden ser atendidas por otras instancias o bien, cuando no han solicitado otro tipo de apoyo.

Estos dos últimos supuestos pueden aplicarse al campo de la atención de la familia de los consumidores excesivos ya que en este caso, también es necesario reconocer que los problemas de salud física y mental que experimentan los familiares se manifiestan en un amplio rango de severidad, por lo que el abordaje inicial requiere un cierto nivel de personalización de la intervención. Por otra parte, la orientación puede considerarse en algunos casos como un primer paso cuando la familia pide ayuda por primera vez y es necesario canalizar a opciones de intervención más específicas y más intensivas.

En este sentido, de acuerdo con la definición de Heather (op cit) el modelo de orientación puede ser una intervención "*oportunist*a" entregada tanto en agencias especializadas como en agencias comunitarias.

II. 2. 1. Evaluaciones previas

La versión inicial del manual fue sometida a un proceso de evaluación con el propósito de delimitar el perfil del orientador, determinar la pertinencia del lenguaje empleado en la redacción de los contenidos y definir los materiales de apoyo necesarios para facilitar la labor del orientador (Natera y Casco, 1993). La evaluación se realizó contando con la participación de un total de 8 orientadores¹ que fueron capacitados en el manejo del Manual de acuerdo al siguiente procedimiento:

¹ Una enfermera, una maestra de educación superior, un sacerdote, un maestro de primaria, dos trabajadores sociales y un médico general además de un residente de psiquiatría.

CUADRO No. 5. CAPACITACION DE ORIENTADORES

Fase teórica	
Sesión 1	Sesión introductoria del investigador con el orientador
Sesión 2	Lectura individual del Manual por parte del orientador
Sesión 3	Revisión del Manual por el orientador con el investigador para aclarar dudas y evaluar la comprensión mediante un cuestionario
Fase práctica	
Sesión 4	Aplicación del Manual con la técnica de dinámica de grupo a las familias citadas previamente, con el investigador como observador
Sesión 5	Evaluación del Manual mediante un cuestionario que el investigador aplica por separado a la familia y al orientador participantes
Sesión 6	Reunión del investigador con el orientador para la evaluación final

Todos los orientadores cumplieron con la fase teórica y sólo tres de ellos concluyeron la segunda fase. Cuatro de los ocho orientadores recibieron la capacitación de manera grupal, esto permitió la realización de juego de roles

Las opiniones de los participantes en esta experiencia respecto a la respuesta de las familias, apuntan como uno de los aspectos más importantes la necesidad de replantear las ventajas de que el Manual fuera aplicado por legos en virtud de que las familias que se acercan a ellos tiene demandas muy específicas respecto a su papel (consejos, aliento, apoyo para hacer una "jura", etc.).

Esta primera evaluación reveló que el lenguaje empleado era comprensible y que la información concentrada en el Manual resultó ser de gran utilidad para ayudar a las familias a aclarar las formas en que habían respondido al problema de consumo, y ayudarlas a elegir otras opciones considerando sus ventajas y desventajas. Una conclusión importante es que características como la edad y el sexo de los orientadores son tan relevantes para la efectividad de la intervención como los antecedentes laborales y profesionales. Se encontró que no todas las personas que cumplen una función social importante en la comunidad pueden beneficiarse del uso del Manual en tanto que las estrategias de intervención que normalmente utilizan resultan más exitosas, en virtud de las demandas de los miembros de la comunidad.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Más adelante, en 1996, se elaboró una segunda versión del Manual tomando en consideración las conclusiones a las que se llegó en la experiencia de la primera evaluación. Es importante señalar que la segunda versión del Manual se integró al Programa Modelo para la Prevención de Abuso de Alcohol y Drogas en los Trabajadores y su Familia (OIT, OMS, CONADIC, IMP) con el propósito de capacitar al personal relacionado con las áreas de Recursos Humanos o de Salud del ámbito industrial a fin de formarlos como orientadores.

Un equipo de 8 personas integrado por los representantes de las empresas y el personal de salud de las mismas colaboraron activamente en la revisión del contenido y la verificación de su aplicabilidad en el ámbito laboral. Asimismo, se contó con el apoyo de un grupo de cinco estudiantes de un Diplomado especializado en el campo de las adicciones. Este grupo de personas, profesionistas de la salud en su mayoría, aportaron valiosos comentarios respecto a la estructura del Manual y la factibilidad de aplicar la intervención en el escenarios de la atención primaria a la salud.

II. 2. Versión final del Manual para Orientadores

La versión revisada del Manual de intervención consta de las siguientes secciones:

Capítulo 1. La familia del consumidor de drogas y/o alcohol y el papel del orientador. Expone las principales causas de tensión (estrés) relacionadas con la presencia de problemas de consumo en la familia, sus manifestaciones y la función del orientador frente a esta problemática.

Capítulo 2. El orientador en su primer contacto con el familiar. Explica los elementos fundamentales para la realización de una entrevista y las estrategias que favorecen la comunicación entre el orientador y el familiar.

Capítulo 3. El papel del orientador en el reconocimiento de las formas de enfrentar el consumo de alcohol y drogas en la familia. Contiene información sobre las ocho formas de enfrentar más comunes en las familias que viven cercanamente con un consumidor de alcohol o drogas, sus ventajas y desventajas.

Capítulo 4. Fortalecer el apoyo social y la solución conjunta de problemas en la familia.

Revisa el concepto de apoyo social y enfatiza su importancia en la solución de problemas familiares, señala asimismo los lineamientos que el orientador debe seguir para identificar las fuentes de apoyo reales y potenciales para canalizar al familiar.

Recomendaciones generales para utilizar el Manual en otras regiones. Se incluye esta sección en virtud de que se trata de un proyecto internacional. La intervención puede ser aplicada en otras culturas haciendo las modificaciones pertinentes para adaptarla a diferentes contextos.

Además de estos capítulos, el Manual incluye dos formas de evaluación, una de ellas permite explorar la utilidad de la intervención y la segunda, pretende estimar la efectividad del Manual. Se incluyó también una serie de anexos entre los que se encuentra el caso de una mujer preocupada por el consumo de su hija, una guía de entrevista, información sobre diversas drogas y un directorio de instituciones dedicadas al tratamiento de problemas de consumo de sustancias.

II. 2. 3. Folleto para los familiares

Paralelamente a la elaboración de la segunda versión del Manual, se desarrolló un folleto dirigido a los familiares de consumidores de alcohol y otras drogas en el que se concentra la información más sobresaliente sobre las formas de enfrentar, resaltando nuevamente las ventajas y desventajas de cada una de ellas. Este folleto está redactado en un lenguaje coloquial y cuenta con ilustraciones alusivas a los rasgos más importantes de cada forma de enfrentar.

El folleto fue sometido a un procedimiento de evaluación a través de un grupo focal en el que participaron seis trabajadores de una empresa del ramo textil, quienes indicaron que algunos conceptos empleados en la redacción no eran claros y que las formas de enfrentamiento deberían explicarse con mayor profundidad. En cuanto al tamaño del folleto y las ilustraciones, opinaron que éstos eran adecuados. Finalmente, comentaron que muchos de sus compañeros se habían interesado en el folleto por lo que debería distribuirse entre toda la población de empleados de la empresa.

III. INVESTIGACIÓN PARA LA EVALUACION DEL MODELO

Diferentes autores (Barlow, 1981; Barlow & Hofmann, 1997; Hayes, 1998; Persons, 1997) coinciden en señalar que uno de los objetivos más importantes de las ciencias de la conducta y específicamente de la terapia conductual, consiste en desarrollar intervenciones terapéuticas de eficacia comprobada

Debido a que la educación en salud es un proceso que refuerza conductas positivas y promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud, la enfermedad y el uso de servicios, la evaluación constituye un componente importante en este ámbito.

La investigación científica rigurosa y sistemática es la forma más confiable de lograr esta meta. El paso siguiente es dar a conocer dichos procedimientos terapéuticos a la comunidad científica, a los usuarios potenciales (prestadores de servicios a la salud, psicólogos clínicos, entre otros) y a los posibles beneficiarios (clientes)

En esta sección se describe el proceso de evaluación del modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol y drogas así como los principales hallazgos en relación a los cambios observados en las estrategias de enfrentamiento más frecuentemente empleadas por los familiares y la sintomatología física y psicológica reportada.

III. 1. OBJETIVO

A pesar de que el Manual se ha sometido a diversos procedimientos de evaluación, hasta el momento no se cuenta con información sistemática sobre la utilidad del modelo de intervención para favorecer cambios en las formas en que las familias de los usuarios enfrentan el consumo y sus consecuencias

Por tal motivo, el *objetivo* de esta investigación es evaluar la eficacia del modelo en la modificación o adquisición de nuevas formas de enfrentamiento por parte los familiares de usuarios de alcohol o drogas.

Para ello, se desarrolló un estudio en dos fases. En la primera de ellas, se capacitó a un grupo de orientadores en el manejo del modelo; los orientadores eran estudiantes de licenciatura que realizaban diversas actividades de atención a la comunidad en el sur de la Ciudad de México. Debido a estas características, se consideró que la participación de este grupo sería sumamente relevante para establecer contacto con familiares de usuarios de alcohol o drogas que no han acudido aún a centros de tratamiento.

La segunda fase del estudio consistió en la aplicación del modelo con familiares de usuarios de alcohol y drogas, donde se obtuvieron mediciones antes y después de la intervención sobre las formas de enfrentar más frecuentemente empleadas y la presencia de síntomas físicos y psicológicos.

III. 2. MÉTODO

II. 2. 1. Muestra

El trabajo de campo se inició en Octubre de 2000 y concluyó en Abril de 2001. En total, se logró la participación de 28 familiares de usuarios de alcohol o drogas en la evaluación inicial; 12 de ellos fueron contactados en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología (UNAM), 2 en el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares, y 14 en las comunidades donde se desempeñan los estudiantes de Licenciatura capacitados como orientadores. En las dos primeras instituciones, fue posible contactar a los familiares pues habían acudido a solicitar ayuda para el usuario o bien, lo acompañaban a tratamiento, mientras que en la comunidad, los orientadores ofrecieron la intervención en escuelas y centros de salud.

La muestra está integrada por 9 hombres (3 padres, 1 hijo, 3 hermanos, 2 otro parentesco) y 19 mujeres (6 madres, 6 esposas, 4 hermanas, 1 hija, 2 otro parentesco); 20 eran familiares de usuarios de alcohol y 8 de usuarios de drogas, principalmente cocaína. Otras características de la muestra están descritas en el cuadro 6.

CUADRO No. 6. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

No.	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco	Substancia	Fuente*	Usuario en Tx
1	Femenino	34	Superior técnico	Enfermera	Esposa	Alcohol	CSP	X
2	Femenino	42	Comercio	Jefe estación	Mi madre	Cocaína	CSP	
3	Masculino	48	Secundaria	Mecánico	Padre	Alcohol	CSP	X
4	Femenino	49	Comercio	Secretaria	Madre	Alcohol	CSP	X
5	Femenino	48	Licenciatura	Maestra	Esposa	Alcohol	CSP	
6	Femenino	42	Licenciatura	Actriz	Esposa	Drogas	CSP	
7	Femenino	45	Licenciatura	Enfermera	Hermana	Cocaína	CSP	X
8	Masculino	75	Primaria	Albañil	Padre	Cocaína	CSP	X
9	Femenino	43	Secundaria	Ama de casa	Madre	Cocaína	CSP	
10	Femenino	28	Secundaria	Ama de casa	Nuera	Alcohol	COM	
11	Femenino	27	Secundaria	Ama de casa	Esposa	Alcohol	COM	
12	Femenino	46	Primaria	Ama de casa	Madre	Inhalables	CAAF	
13	Femenino	51	Primaria	Ama de casa	Madre	Alcohol	CAAF	
14	Femenino	21	Licenciatura	Estudiante	Novia	Alcohol	CSP	
15	Femenino	67	Primaria	Ama de casa	Madre	Inhalables	CSP	X
16	Femenino	23	Licenciatura	Maestra	Hija	Alcohol	CSP	
17	Masculino	35	Licenciatura	Comerciante	Cuñado	Alcohol	COM	
18	Femenino	28	Licenciatura	Ama de casa	Hermana	Alcohol	COM	
19	Femenino	32	Preparatoria	Capturista	Esposa	Alcohol	COM	
20	Masculino	22	Preparatoria	Estudiante	Amigo	Alcohol	COM	
21	Femenino	39	Licenciatura	Enfermera	Hermana	Alcohol	COM	
22	Femenino	60	Primaria	Ama de casa	Esposa	Alcohol	COM	
23	Masculino	24	Preparatoria	Vigilante	Hijo	Alcohol	COM	
24	Masculino	25	Preparatoria	Comercio	Hermano	Alcohol	COM	
25	Femenino	18	Preparatoria	Estudiante	Hermana	Alcohol	COM	
26	Masculino	32	Preparatoria	Empleado	Padre	Alcohol	COM	
27	Masculino	23	Licenciatura	Estudiante	Hermano	Alcohol	COM	
28	Masculino	23	Licenciatura	Estudiante	Hermano	Drogas	COM	

*Fuentes: Centro de Servicios Psicológicos (CSP); Comunidad (COM); Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF)

III. 2. 2. Instrumentos

La efectividad de la intervención se evaluó a partir de los cambios registrados en las formas de enfrentamiento reportadas por los familiares y en el estado de salud mediante los siguientes instrumentos:

Cuestionario de enfrentamientos (CQ, Orford et al. 1998). Consta de 30 reactivos que indagan la ocurrencia de diferentes formas de enfrentar así como la frecuencia con que se han empleado en los últimos tres meses (nunca=0, una o dos veces=1, algunas veces=2, con frecuencia=3). Explora las tres posiciones de enfrentamiento descritas por Orford et. al. (1998) a saber: involucramiento, tolerancia y retiro. Los participantes completaron este cuestionario antes de la intervención y 3 meses después para registrar cambios en las formas de enfrentamiento; su aplicación requiere aproximadamente 30 minutos. (anexo 2).

Escala de Síntomas (SRT, Kellner y Sheffield, 1973) Consiste en 30 ítems que evalúan el malestar psicológico, entendido como un estado transitorio y cambiante. Tiene tres opciones de respuesta para evaluar la frecuencia con que se experimenta cada uno de los síntomas (nunca=0, algunas veces=1 y a menudo=2). Este instrumento se ha empleado con éxito en investigaciones previas y ha sido validado en población mexicana de estudiantes; en dicho estudio se encontró un nivel de confiabilidad aceptable ($\alpha=0.93$) y una estructura factorial de dos subescalas claramente definidas: síntomas físicos y síntomas psicológicos (Mora, Natera y Andrade, 1994). Se aplicó también antes y después de la intervención con la finalidad de identificar modificaciones en el estado de salud (anexo 3).

Integridad en la aplicación del modelo. Con el objeto de establecer un parámetro de la forma en que se conduce la sesión de orientación, se desarrolló una lista checable que contempla los pasos más importantes de la intervención y permite registrar si éstos fueron empleados adecuadamente por el orientador. Su aplicación requiere la presencia de un observador durante las sesiones de orientación (anexo 4).

Cuestionario de Satisfacción. Finalmente, se desarrolló un cuestionario para evaluar en qué medida la intervención cubrió las expectativas de los participantes, cuáles son los cambios más notorios para ellos y quienes les rodean e identificar cuál es, desde su punto de vista, la

estrategia de enfrentamiento más útil para cada caso particular. El cuestionario consta de 7 preguntas abiertas y 17 preguntas cerradas. Los familiares contestaron el cuestionario al final de la intervención (anexo 5).

III. 2. 3. Procedimiento

III. 2. 3. 1. Capacitación de orientadores

Después de la selección y desarrollo de los instrumentos que se emplearon en la investigación, se llevó a cabo el entrenamiento de un grupo de 16 orientadores a través de un curso-taller de 8 horas impartido en las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría los días 13, 20 y 27 de octubre y 8 Noviembre de 2000; el procedimiento del taller de capacitación se describe con detalle en el anexo 1.

Los orientadores son alumnos de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, adscritos al Programa de Alta Exigencia Académica. Colaboran con el "*Centro Comunitario Oswaldo Robles*" desempeñando diversas funciones en diferentes comunidades del sur de la Ciudad de México, entre ellas, diagnóstico situacional sobre salud, identificación de líderes comunitarios, pláticas a padres de familia y alumnos de las escuelas locales, atención de casos especiales, etc. La presencia de los orientadores en la comunidad facilitó la promoción del programa de intervención y la captación de casos de familias afectadas por el consumo de alguno de sus miembros, y que no habían acudido aún a centros de tratamiento.

Durante la capacitación se revisó el contenido del manual y se realizaron diferentes ejercicios de juego de roles. Después de participar en el curso-taller de capacitación, los alumnos se comprometieron a contactar al menos a dos familiares de usuarios de alcohol y/o drogas con el propósito de poner en práctica el modelo de intervención y recabar información que sirva para evaluar la efectividad del mismo.

III. 2. 3. 2. Aplicación del modelo de intervención

Los familiares que tomaron parte en la investigación fueron contactados en tres fuentes: El Centro de Servicios Psicológicos (CSP) de la Facultad de Psicología, el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) y las comunidades donde laboran los estudiantes de licenciatura capacitados como orientadores.

Los familiares contactados en el CAAF y en el CSP acudieron a solicitar atención porque el usuario estaba en tratamiento en el mismo centro, o bien, porque se habían enterado de los servicios que se ofrecen en estos centros y pensaron que podrían recibir algún tipo de ayuda. En las comunidades, los orientadores anunciaron la posibilidad de tomar parte en el proyecto en las pláticas que ofrecen en escuelas y centros de salud, ahí los familiares interesados en recibir la orientación se acercaron a solicitarla.

Una vez que se contactó a los participantes, se les explicaron los objetivos y características del modelo de intervención, se aclaró también la necesidad de contar con su colaboración en por lo menos una sesión de evaluación e intervención y una sesión de seguimiento tres meses después de concluida la intervención.

Aún cuando en el manual se plantea la posibilidad de que dos o más miembros de la familia asistan a las sesiones, la intervención se llevó a cabo de manera individual (excepto en un caso) para facilitar la evaluación y el análisis de las estrategias de enfrentamiento.

Durante la primera sesión de orientación, se realizó la evaluación inicial que consistió en la identificación de la problemática familiar relacionada con el consumo de alcohol o drogas a través del relato de los propios familiares, se aplicaron asimismo los instrumentos de evaluación (CQ y SRI) y se inició el análisis de las formas de enfrentamiento empleadas por los familiares.

En las sesiones subsecuentes se continuó el análisis de las formas de enfrentamiento empleadas, sus ventajas y desventajas, y se elaboró un plan de acción específico para cada caso, consistente en el uso de las formas de enfrentamiento más efectivas o bien, de otras formas que no se habían utilizado antes.

El manual recomienda que la orientación se realice en no más de 5 sesiones para mantener la consistencia con el concepto de “intervención breve”. En esta investigación, la intervención se

llevó a cabo en 4 sesiones en promedio (mínimo 2), sólo en un caso fueron necesarias 7 sesiones dado que el familiar solicitó reuniones adicionales para comentar los resultados que obtuvo con las estrategias de enfrentamiento que puso en práctica.

En 17 casos fue posible obtener información sobre la integridad de la intervención mediante el uso de la lista checable en por lo menos una sesión de orientación.

El seguimiento o evaluación final se llevó a cabo aproximadamente tres meses después de haber concluido la intervención. Durante esta etapa se indagó cuáles habían sido los cambios en la forma de enfrentar el consumo, si éstas habían sido efectivas y si se habían observado alguna modificación en el patrón de consumo del usuario, también se aplicaron los instrumentos de evaluación (SRI y CQ) y el cuestionario de evaluación de la orientación que se refiere a la satisfacción del familiar con la orientación recibida.

Al principio de la investigación, se había planteado un lapso de 3 meses a partir de la conclusión de la intervención para realizar el seguimiento, sin embargo, en la práctica fue difícil respetar este periodo por diversas razones:

- Limitada disponibilidad de los participantes; en muchos casos se concertaron citas a las que no asistieron y fue necesario programar nuevas citas hasta en 3 diferentes ocasiones.
- Algunos familiares se negaron a proporcionar su dirección o teléfono y no fue posible contactarlos para el seguimiento
- La fecha programada para el seguimiento coincidió con el periodo vacacional de la Universidad
- Deserción de los familiares, misma que se presentó en 4 casos, dos ellos se presentaron en una fase temprana de la intervención y no se completó la evaluación inicial.

Así, al final del trabajo de campo se logró obtener información completa (evaluación inicial y seguimiento) de 11 familiares, cuatro de ellos cuentan también con lista checable de por lo menos una sesión de orientación

III. 3. RESULTADOS

Los datos que se reportan a continuación corresponden únicamente a los once casos que completaron todas las fases de la intervención y que participaron también en el seguimiento. El tamaño de la muestra es ciertamente reducido, no obstante, se realizó una comparación entre las dos mediciones sobre las formas de enfrentar y la presencia de síntomas (Pre-Post) como un ejercicio exploratorio más que con la intención de llegar a conclusiones contundentes.

III. 3. 1. Cuestionario de enfrentamientos

Las formas de enfrentar reportadas con mayor frecuencia antes de la intervención corresponden a la posición de *involucramiento*, y se refieren a acciones tendientes a hacer saber al usuario que su consumo representa un problema para la familia, tales como hablar con él o ella, insistir e incluso discutir con él además de ponerse triste o malhumorado (ver figura 1). Otras formas de enfrentar sobresalientes se vinculan con la posición de *tolerancia*, por ejemplo, sentirse desesperado y fingir que todo está bien cuando no es así (ver figura 2). Las formas de enfrentamiento menos empleadas por los familiares fueron darle dinero al usuario sabiendo que lo gastará en drogas (*tolerancia*), acusar al usuario de no amar al familiar (*involucramiento*) y que el familiar se consienta o se dé sus propios gustos (*retiro*) (figura 3).

Después de la intervención, las formas de enfrentar más frecuentemente utilizadas correspondieron nuevamente a la posición de *involucramiento*, entre ellas platicar con el usuario sobre lo que podría hacer con su consumo, ponerse triste o malhumorado y aclarar cuáles son las expectativas del familiar respecto a la conducta del usuario.

En cuanto a las estrategias reportadas con menos frecuencia en la segunda aplicación del cuestionario, se encontró buscar bebidas o drogas en la subescala de *involucramiento*; en el área de *tolerancia* dar dinero para drogas o alcohol, encubrir al usuario cuando suceden cosas como consecuencia de su consumo, sentirse asustado y fingir que todo está bien. Finalmente, en la subescala de *retiro* la frecuencia de respuesta más baja se encontró en esconderse o evitar al usuario cuando ha estado consumiendo alcohol o drogas.

FIGURA No. 1. FRECUENCIAS DE RESPUESTA A LA SUBESCALA DE INVOLUCRAMIENTO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

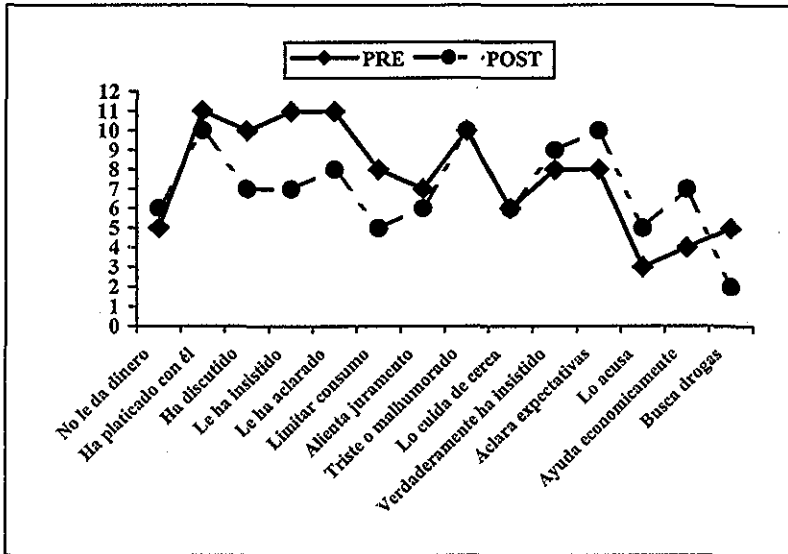
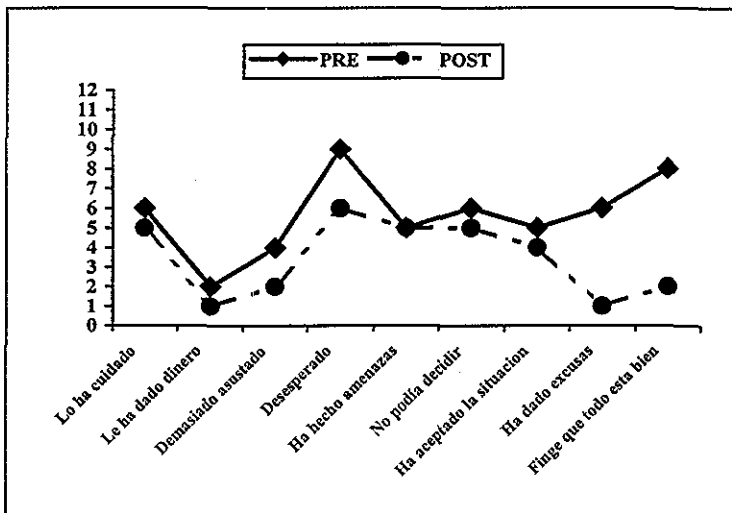
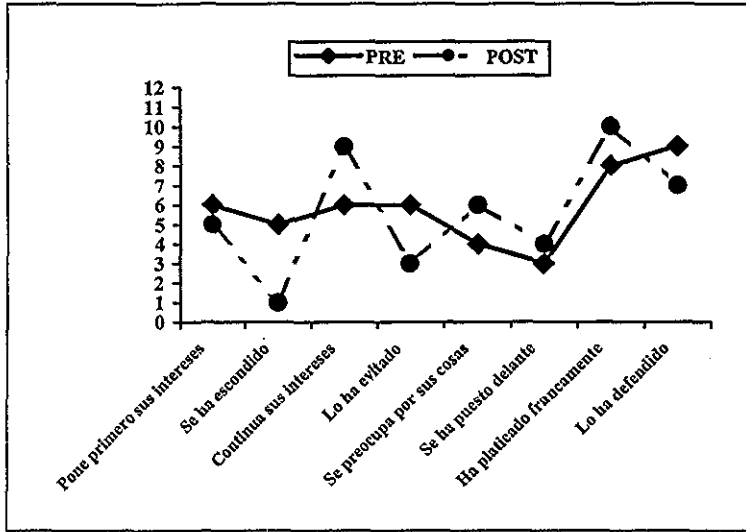


FIGURA No. 2. FRECUENCIAS DE RESPUESTA A LA SUBESCALA DE TOLERANCIA ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FIGURA No. 3. FRECUENCIAS DE RESPUESTA A LA SUBESCALA DE RETIRO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN



Los datos se analizaron estableciendo una comparación entre las medianas de respuesta en cada ítem mediante la prueba de Wilcoxon. En la subescala de *Tolerancia* se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ítems “*Cuando han sucedido cosas como resultado de su forma de beber o consumir drogas ¿ha dado excusas por él (ella) o lo ha encubierto o se ha culpado usted mismo?*” ($Z=-2.058, p<0.05$) y “*Ha tratado que las cosas se vean normales fingiendo que todo está bien cuando no es así*” ($Z=-2.111, p<0.05$).

En relación con la subescala de *Retiro*, la media de respuesta fue significativamente más alta en la primera aplicación en los ítems “*Ha continuado con sus propios intereses o ha buscado nuevos intereses o actividades para usted*” ($Z=-2.392, p<0.05$) y “*Se ha puesto usted por delante consintiéndose o dándose sus propios gustos*” ($Z=-2.392, p<0.05$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de *Involucramiento* (ver cuadro 7).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 7. FORMAS DE ENFRENTAR EL CONSUMO (n=11)

Involucramiento	Media		Z
	PRE	POST	
1. Se ha negado a prestarle dinero o ayudarlo de otra forma económicamente	1.09	1.36	-.828
5. Se ha sentado con él/ella a platicar francamente sobre lo que podría hacer con su forma de beber o consumir drogas	2.09	2.45	-.730
6. Ha discutido con él por su consumo de alcohol o drogas	2.00	1.18	-1.638
7. Le ha insistido sobre su consumo de alcohol o drogas	2.18	1.36	-1.628
9. Le ha aclarado que su forma de consumir alcohol o drogas le molesta y que tiene que cambiar	2.55	2.00	-1.163
11. Ha tratado de limitar su consumo de alcohol o drogas creando alguna regla, por ejemplo, prohibirle beber dentro de la casa...	1.91	1.36	-1.300
13. Lo ha alentado a hacer un juramento o a prometer no beber o no tomar drogas	1.27	1.09	-.324
16. Se ha puesto triste o malhumorado con él	2.27	2.18	-.333
17. Lo ha cuidado de cerca o lo ha vigilado en cada movimiento que hace	1.09	1.00	-.184
19. Verdaderamente ha insistido en hablar acerca de su forma de consumir alcohol o drogas (o le ha aclarado que no aceptaría sus razones para beber o servirle de coartada)	1.82	2.18	-.649
21. Le ha aclarado cuales son sus expectativas o lo que debe hacer para contribuir con la familia	1.91	2.36	-1.186
25. Lo ha acusado de no amarlo o haberlo decepcionado	0.64	1.36	-1.633
26. Ha hablado con él para ayudarlo a resolver la situación económica	0.64	1.55	-1.709
28. Ha buscado o escuchado sus bebidas o drogas	0.82	0.36	-1.890
Tolerancia			
3. Lo ha cuidado o apoyado, por ejemplo, llevándolo a la cama o limpiándolo si vomita después de haber bebido o consumido drogas	1.00	0.36	-1.444
4. Le ha dado dinero aún sabiendo que lo gastará en drogas	.027	.09	-1.414
10. Se ha sentido demasiado asustado para hacer algo	0.64	0.36	-.707
14. Se ha sentido desesperado como para hacer algo	1.91	1.18	-1.492
20. Ha hecho amenazas que realmente no tenía intención de cumplir	0.82	1.00	-.412
23. Ha llegado a un estado donde no podía o no quería tomar una decisión	1.09	0.91	-.299
24. Ha aceptado la situación como una parte de la vida que no puede cambiarse	1.00	1.09	-.272
27. Cuando han sucedido cosas como resultado de su forma de beber o consumir drogas ¿ha dado excusas por él (ella) o lo ha encubierto o se a culpado usted mismo?	1.00	0.09	-2.058*
30. Ha tratado que las cosas se vean normales fingiendo que todo está bien cuando no es así	1.00	0.36	-2.111*
Retiro			
2. Ha puesto primero los intereses de otros miembros de la familia antes que los de él (ella)	1.09	1.09	.000
8. Se ha escondido, lo ha evitado o dejado el cuarto cuando ha estado consumiendo alcohol o drogas	1.09	0.27	-1.890
12. Ha continuado con sus propios intereses o ha buscado nuevos intereses o actividades para usted, se ha involucrado en una organización política, religiosa o deportiva	1.00	2.18	-2.392*
15. Lo ha evitado en lo posible debido a su forma de beber o consumir drogas	0.91	0.82	-.213
18. Se ha preocupado únicamente por sus propias cosas o ha actuado como si él (ella) no estuviera ahí	0.91	1.64	-1.131
29. Se ha puesto usted por delante consintiéndose o dándose sus propios gustos	0.55	1.73	-2.392*
22. Lo ha defendido o apoyado cuando otros lo han criticado	1.91	1.73	-.427

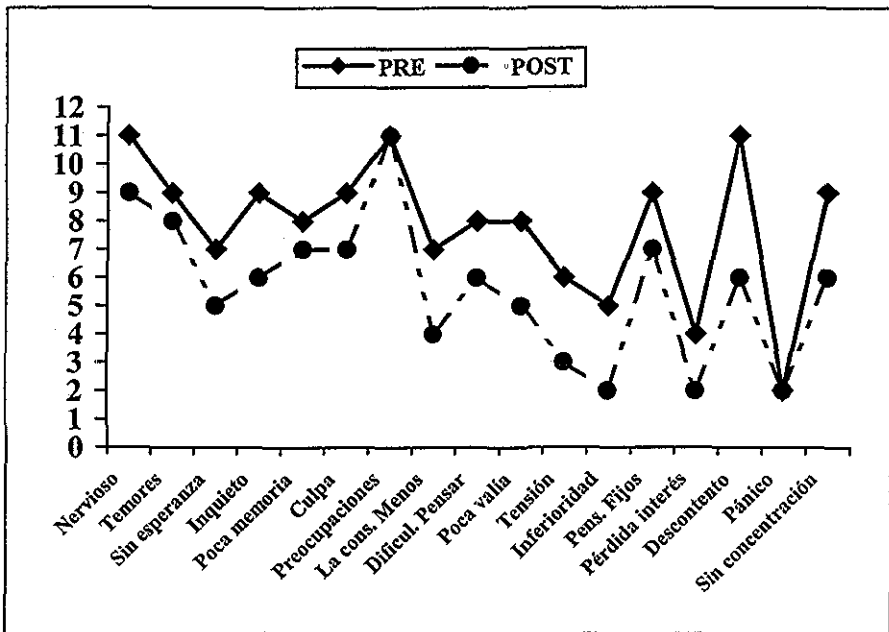
* $p \leq 0.05$

III. 3. 2. Escala de Síntomas

En la primera evaluación todos de los participantes reportaron haber experimentado síntomas tales como sentirse nervioso, preocupado y descontento o deprimido, correspondientes a la subescala de síntomas psicológicos. En cuanto a la subescala de síntomas físicos, los síntomas más frecuentemente reportados fueron sentirse mareado o débil y sentirse cansado o sin energía.

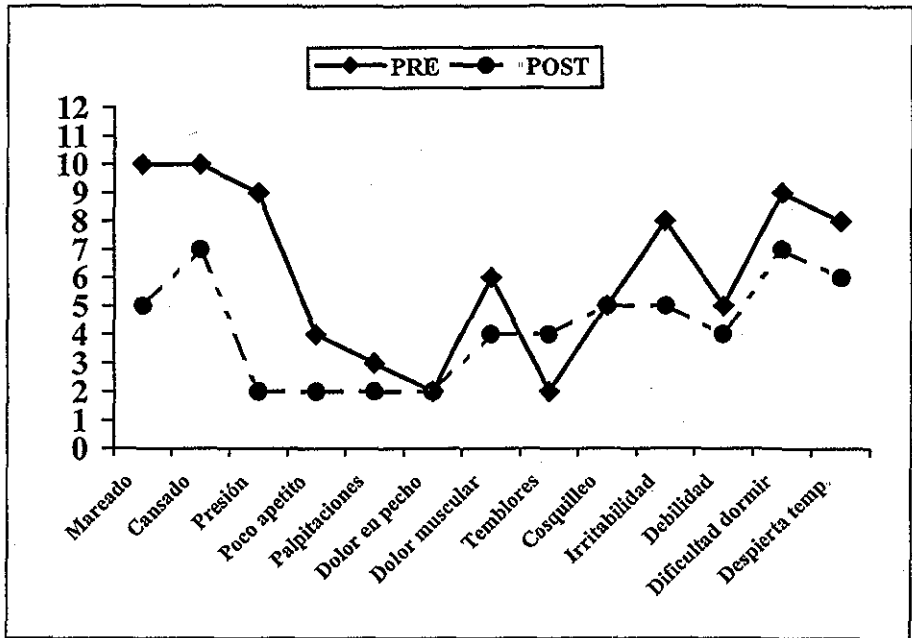
Las figuras 4 y 5 muestran una disminución en la frecuencia con la que se reportó la mayoría de los síntomas después de la intervención, con excepción de los reactivos referentes a "preocupaciones", "ataques de pánico" y "dolor en el pecho" que se mantuvieron sin cambios y "temblores o sacudimientos" que registró un incremento.

FIGURA 4. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 5. SÍNTOMAS FÍSICOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN



Como se observa en el cuadro 8, la disminución en la presencia de síntomas tiene significancia estadística en los ítems "mareado o débil" ($Z = -2.646$, $p < 0.05$) y "presión en la cabeza" ($Z = -2.460$, $p < 0.05$) de la subescala de síntomas físicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 8. SÍNTOMAS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN (n=11)

Síntomas psicológicos	Media		Z
	PRE	POST	
1. Nervioso	1.55	1.18	-1.414
2. Con temores o miedos	1.18	0.91	-1.732
3. Sin esperanza	0.73	0.55	-1.000
4. Inquieto/asustadizo	1.09	0.64	-1.667
5. Poca memoria	1.27	0.91	-1.081
6. Sentimientos de culpa	1.09	0.91	-0.707
7. Preocupaciones	1.45	1.55	-0.577
8. Gente considera menos	0.82	0.45	-1.300
9. Dificultad para pensar	0.91	0.82	-0.378
10. Sentimientos de poca valía	0.91	0.55	-1.414
11. Sentimientos de tensión	0.73	0.36	-1.100
12. Sentimientos de inferioridad	0.64	0.27	-1.414
13. No se puede quitar pensamientos	1.27	1.09	-0.632
14. Pérdida de interés	0.36	0.18	-1.000
15. Descontento o deprimido	1.27	0.82	-1.667
16. Ataques de pánico	0.18	0.18	0.000
17. Sin concentración	0.91	0.91	0.000
Síntomas físicos			
1. Mareado o débil	1.18	0.55	-2.646*
2. Cansado o sin energía	1.27	0.91	-1.081
3. Presión en la cabeza	1.18	0.36	-2.460*
4. Poco apetito	0.45	0.18	-1.732
5. Palpitaciones	0.45	0.27	-1.414
6. Dolor en el pecho	0.27	0.27	0.000
7. Dolor muscular	0.91	0.64	-1.134
8. Temblores	0.27	0.36	-0.577
9. Cosquilleo	0.73	0.64	-1.000
10. Irritabilidad	1.09	0.64	-1.667
11. Debilidad en partes del cuerpo	0.55	0.55	0.000
12. Dificultad para dormir	1.09	0.82	-1.342
13. Despierta temprano	1.00	0.55	-1.890

* $p \leq 0.05$

III. 3. 3. Cuestionario de satisfacción

La razón principal por la que los familiares acudieron a solicitar apoyo fue el consumo del usuario y la expectativa de recibir ayuda para poder entenderlo y tratarlo mejor. La madre de un usuario de alcohol expresó su preocupación de la siguiente manera *“vine por la desesperación de ver que mi hijo empezaba a tomar más seguido y por la impotencia de no poderlo ayudar”*.

Todos los familiares opinaron que la orientación que recibieron fue de mucha utilidad, 10 de ellos consideran que ha habido cambios en su vida a partir de la orientación, es importante destacar que ocho familiares ubican dicho cambio en ellos mismos en tanto que dos han observado cambios en la conducta del usuario. Los siguientes comentarios ejemplifican el primer caso:

“Al principio tenía muchos miedos, pensaba que la vida no valía nada, me irritaba de todo, no podía dormir, perdí el valor de todo lo que me rodeaba... ahora me quiero como soy, sé que soy capaz de tomar decisiones, acepto mi responsabilidad y tengo muchas ganas de seguir adelante” (esposa de un usuario de alcohol).

“Saber comportarme ante la situación sin perder el control, sin agresión, sin ofender, esperar el momento oportuno para hablar” (madre de un usuario de alcohol).

“Me ubiqué en el problema y pude tomar decisiones y alternativas de solución” (padre de usuario de alcohol).

“Me siento más tranquila, más relajada y contenta” (esposa de usuario de alcohol).

“Creo que tengo más seguridad al actuar, evitar depresiones que antes tenía, enfrentar los problemas que tengo sin desesperarme” (esposa de usuario de alcohol).

En opinión de los familiares, los cambios observados han sido positivos y han sido notorios también para otras personas cercanas quienes han hecho comentarios al respecto: *“la*

gente a mi alrededor me ha comentado que ya no me irrito tan fácilmente, que ya no me estoy lamentando porque me pasan cosas, sino al contrario, le hecho muchas ganas a lo que hago” (esposa de usuario de alcohol), *“mis familiares me han dicho ‘tus ojos no se ven tristes’”* (madre de usuario de drogas).

Nueve de los once familiares consideran que también han habido cambios positivos en la relación con el usuario después de haber recibido la orientación:

“Él ha dejado de consumir drogas y su comportamiento es diferente para su bien” (Madre de usuario de drogas)

‘Ahora es más accesible, más obediente y hasta un poco más responsable’ (madre de usuario de alcohol).

“Se ha vuelto más comprensivo, menos agresivo, más responsable” (padre de usuario de alcohol)

‘Al conocer el problema de mi hermano en la orientación que recibí, puedo platicar con él sobre su problema y creo que esto es de ayuda mutua’ (hermana de usuario de cocaína).

“Hasta cierto punto dejé de hacerme responsable de su manera de beber y considero que cada quien sabe lo que hace y los daños que esto causa” (novia de usuario de alcohol)

“Ya no siento temor para hablarle, antes me daba miedo que se drogara, ahora me siento fuerte y valiente, antes era más miedosa” (madre de usuario de inhalables).

Para los otros dos familiares, no ha habido cambios positivos significativos, por el contrario, consideran que la conducta de consumo del usuario ha empeorado a pesar de sus esfuerzos, no obstante, como se mencionó anteriormente, se sienten menos angustiados a este respecto

Los cambios en la forma de relacionarse con el usuario han sido notorios también para otras personas que han hecho comentarios al respecto que alientan a los familiares a continuar sus

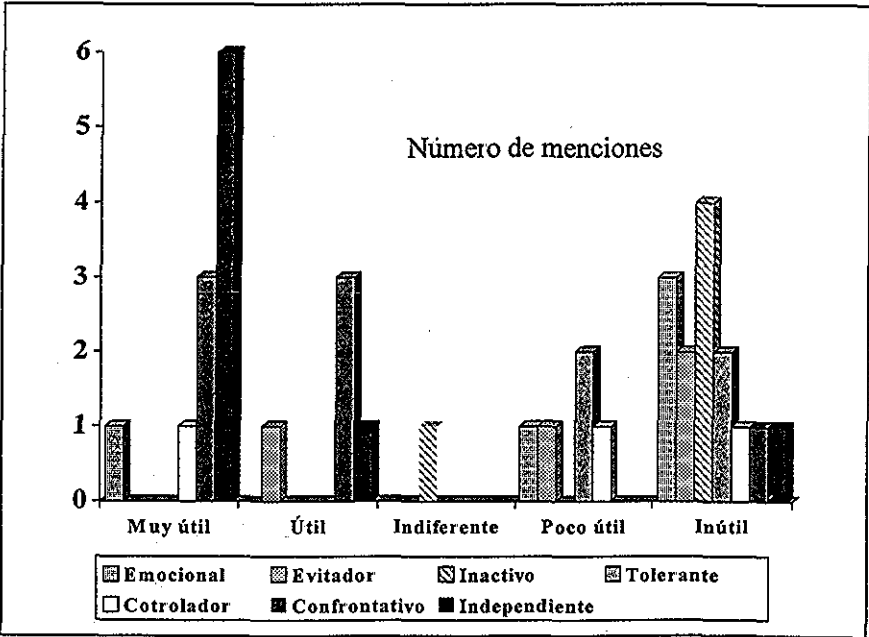
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

esfuerzos, tener confianza y reconocer que las nuevas actitudes y acciones que han puesto en práctica han dado buenos resultados.

El cuestionario incluye una sección donde los familiares deben mencionar cuál de las formas de enfrentar que se analizaron durante la orientación ha sido de mayor utilidad y cuál ha sido la menos útil. La mayoría de los familiares no recordaron los conceptos específicos (i. e. Enfrentamiento emocional, tolerante, controlador, etc), pero tenían claramente identificadas las acciones que no habían tenido resultados positivos y aquellas que habían intentado recientemente con buenos resultados. Por lo tanto, para completar esta sección se emplearon nuevamente las láminas con cada una de las diferentes formas de enfrentar y sus definiciones.

De acuerdo con lo reportado por los familiares, las formas de enfrentar que han sido de mayor beneficio son la independencia y la asertividad o confrontación, en tanto que las formas menos útiles son la inactiva, la emocional, la evitación y la tolerancia (figura 6).

FIGURA 6. FORMAS DE ENFRENTAMIENTO MÁS ÚTILES



Otros comentarios de los familiares indican que la mayoría de ellos recibieron información que no conocían sobre el problema de consumo del usuario, 5 personas decidieron buscar ayuda profesional para atender algún otro problema familiar o personal y recibieron información sobre instituciones a las cuales pueden acudir para este propósito.

En general, todos los familiares dijeron sentirse muy satisfechos con la orientación recibida y que ésta había cubierto sus expectativas, no obstante, hicieron algunas sugerencias que desde su punto de vista, podrían contribuir a mejorar la orientación, entre ellas destaca el deseo de extender la duración de la orientación e incluso que ésta se ofrezca de manera permanente o que se realicen evaluaciones mensuales; en este sentido, una participante comentó *“es importante que no dejen de visitar la comunidad porque la gente se siente confortada y escuchada en relación a sus problemas”* Otra persona señaló que sería importante modificar el lenguaje empleado ya que le pareció muy técnico y a veces le costaba trabajo entender los conceptos.

III. 4. CONCLUSIONES

El modelo de intervención descrito anteriormente, representa una alternativa viable para el abordaje de los problemas que implica el vivir con un usuario de alcohol o drogas ya que, como lo demuestran los resultados, se observó una disminución en la presencia de sintomatología y cambios favorables en las formas de enfrentar después de tomar parte en sólo cinco sesiones de orientación.

Es cierto que el número de familiares que completaron todas las etapas de la intervención es muy reducido, sin embargo, los datos preliminares que se presentan son alentadores en tanto que hubo una reducción de los síntomas reportados por los familiares y una tendencia a adoptar una postura de independencia frente al usuario y su consumo, que como ha sido documentado por Orford, Natera et al. (2001) es un signo saludable en medio de una situación crítica como lo es el consumo de sustancias.

Durante la intervención se empleó la tipología de Orford, et al (1992) que distingue ocho formas de enfrentar en lugar de las tres posiciones de enfrentamiento que el mismo autor precisó más recientemente (Orford et al. 1998), dado que la primera clasificación ofrece más alternativas

para los familiares y permite un análisis más detallado de las ventajas y desventajas de su patrón de enfrentamiento, en tanto que la estructura que propone tres posiciones de enfrentamiento resultó ser más útil en el terreno conceptual y de análisis de datos.

En términos generales, los familiares concluyeron la intervención con un plan de acción diseñado por ellos mismos el cual, de acuerdo a lo reportado durante el seguimiento, llevaron a cabo poco tiempo después de concluir la orientación. En algunos casos se presentaron cambios en la conducta de consumo del usuario; esto contribuyó a tranquilizar a los participantes y a que tuvieran la certeza de que buscar ayuda fue una decisión acertada, no obstante, en algunos casos, también favoreció la generación de expectativas respecto a la abstinencia prolongada del usuario que no se cumplieron necesariamente, sin embargo, los familiares reconocieron la utilidad de cambiar su actitud y sobre todo, las ventajas de buscar su propio bienestar.

En los pocos casos donde los familiares continuaron experimentando incertidumbre a pesar de la intervención, se dedicó un espacio de la sesión de seguimiento a revisar detalladamente las estrategias empleadas y los cambios logrados con cada una de ellas con el propósito de reforzar las que habían resultado más útiles. Se hizo especial hincapié en el hecho de que la modificación de una conducta requiere esfuerzos sostenidos a lo largo del tiempo, por lo que es necesario que en el futuro se mantengan los límites y reglas impuestos aún cuando el usuario muestre cambios positivos. Este es un aspecto que habrá de enfatizarse en experiencias futuras.

Uno de los elementos cruciales del modelo de intervención es aclarar a los familiares que el objetivo es encontrar mejores formas de enfrentar el consumo que disminuyan su tensión y la que experimenta el resto de la familia, y no necesariamente hacer que el usuario acepte ir a tratamiento. Hacer énfasis en este objetivo es particularmente importante en los casos donde el usuario ha mantenido un patrón de consumo muy fuerte durante muchos años.

Es necesario tomar en consideración otros aspectos tales como la economía familiar y la integridad física y emocional de los miembros de la familia, que con frecuencia se van amenazadas ante las reacciones violentas de los usuarios. En estos casos, la intervención representa el primer paso de un proceso más intensivo al cual fueron canalizados cuando resultó pertinente.

Los familiares consiguieron tomar conciencia sobre su situación e identificar acciones alternativas que les permitieron alcanzar un mejor nivel de bienestar en un periodo corto de tiempo, de igual forma, se dieron cuenta que haber tomado parte en este modelo de intervención es sólo el inicio de una serie de esfuerzos que deberán realizar para contrarrestar las consecuencias negativas del consumo en la salud de la familia. Para verificar la duración de estos resultados, es conveniente realizar más sesiones de seguimiento.

Con base en esta experiencia, podrían diseñarse ejercicios y material de apoyo que faciliten el análisis de las formas de enfrentamiento y la elaboración de un plan de acción, que además permitan tanto al orientador como a los familiares tener presente en todo momento cuál es el objetivo de la intervención.

Los resultados de la capacitación de los orientadores son también alentadores dado que fueron capaces de conducir la orientación sin dificultades, esto se constató durante las sesiones de entrenamiento donde se realizaron ejercicios de juego de roles y en la práctica misma, dado que requirieron escasa retroalimentación y asesoría para conducir la orientación.

Sin embargo, la participación de los estudiantes de psicología no generó los beneficios que se habían supuesto inicialmente para contactar un número mayor de familiares, debido a que el trabajo de campo coincidió con el periodo vacacional y con la remodelación del centro comunitario, por lo tanto, las actividades en la comunidad se suspendieron y el contacto con los familiares se retrasó.

No obstante, los resultados obtenidos demuestran que el modelo de intervención es de fácil aplicación y es potencialmente útil en la modificación de las formas de enfrentar el consumo de un familiar, en la reducción de síntomas y en la identificación de fuentes de apoyo social.

IV. ESTUDIO DE CASO

Con el objeto de ejemplificar la aplicación, alcances, logros y limitaciones del modelo de intervención, cuya evaluación se abordó en la sección precedente, a continuación se describe el caso de la esposa de un usuario de alcohol que participó en esta investigación y que se eligió debido a la claridad con la que los cambios logrados se hicieron evidentes. Los nombres que se refieren en este documento se han cambiado con el fin de proteger la identidad de la participante y sus familiares.

Como se ha especificado en secciones anteriores, el objetivo fundamental de la intervención consiste en analizar de qué forma los familiares han enfrentado el consumo del usuario y cuáles han sido los resultados obtenidos, para posteriormente identificar las formas de enfrentar que podrían contribuir a lograr un mejor estado de salud física y psicológica. A partir de los resultados de este análisis, los familiares deben estructurar un plan de acción orientado a utilizar formas de enfrentar potencialmente benéficas para ellos y su familia.

En el caso de Andrea, este objetivo se cumplió en cinco sesiones que se describen con detalle, en tres de ellas se contó con el apoyo de una observadora que registró los elementos del modelo de intervención que se pusieron en práctica. Se presenta también el análisis del caso donde se incluyen los resultados de los instrumentos aplicados antes y después de la intervención para demostrar los cambios logrados mediante la orientación.

IV. 1. DATOS GENERALES

Edad: 48 años

Escolaridad: Licenciatura

Ocupación: Maestra de inglés a nivel secundaria

Estado Civil: Casada

Parentesco con el usuario: Esposa

Motivo de consulta: Crisis emocional debido al consumo de alcohol de su pareja

Andrea acudió al Centro de Servicios Psicológicos (CSP) de la Facultad de Psicología para solicitar atención psicológica dado que unos días antes había tenido un conflicto con su esposo y esto la había alterado significativamente. Se enteró de la existencia del programa de atención a través de su hijo, quien es estudiante de la Universidad y había visto algunos carteles que anuncian los servicios del CSP.

IV. 2. SESIÓN 1. EVALUACIÓN INICIAL

El objetivo de la primera sesión fue realizar una evaluación inicial, para ello, se recopiló información sobre la estructura familiar, la historia del consumo, los efectos del mismo en los integrantes de la familia así como la forma en que se enteró del programa, las razones para haber solicitado ayuda y las expectativas con respecto al programa de intervención. La entrevista tuvo una duración de 1 hora y 20 minutos.

Es necesario destacar que durante esta primera sesión Andrea se mostró desconfiada, tenía dificultad para articular las palabras, el volumen de su voz era muy bajo y hacía largas pausas; aparentaba estar cansada y tensa y no establecía contacto visual con la orientadora, por el contrario, en diferentes momentos hablaba manteniendo los ojos cerrados.

La entrevistada comentó que no estaba segura de que acudir al CSP fuera una buena idea dado que esto implicaría permanecer en la Ciudad de México hasta que terminara el programa, su preocupación principal era perder su trabajo aún cuando estaba tramitando una licencia médica por depresión.

Andrea señaló ser originaria y residente del estado de Veracruz donde se desempeña como maestra de inglés en una secundaria estatal. Ha estado casada con Ramiro (de 50 años) durante 26 años y tienen dos hijos varones de 23 (Alfredo) y 20 (Ernesto) años de edad respectivamente, el mayor de ellos vive con sus padres y estudia en la universidad estatal, y el menor estudia en la Ciudad de México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ramiro empezó a beber a los 16 años de edad, mucho antes de casarse con Andrea, sin embargo, ella comenta que mientras fueron novios nunca lo vio beber y tampoco llegó a verlo en estado de ebriedad aunque sabía que tomaba en exceso porque sus amigas y familiares se lo hicieron saber. No obstante, esto no representó un problema para ella pues pensó que una vez que se casaran él dejaría de beber.

Durante los primeros 5 años de matrimonio Ramiro bebía cada ocho días sin llegar a embriagarse; con el tiempo su consumo fue incrementando en frecuencia y cantidad, además, cuando estaba ebrio se volvía violento contra Andrea. Al principio, la agresión era verbal y ocurría principalmente en casa, pero conforme se fue agravando el problema de consumo, las agresiones fueron también incrementando en cuanto a frecuencia e intensidad hasta llegar a la violencia física y las amenazas de muerte; asimismo, le prohibió tener contacto con su familia, tener amigas y la obligó a abandonar algunas actividades que realizaba fuera de casa en su tiempo libre.

La entrevistada comentó que su forma de reaccionar a estas agresiones era llorar y retirarse a otra habitación de la casa donde no estuviera su esposo y esperar ahí hasta que él se quedara dormido. Debido a que las agresiones casi siempre ocurrían cada vez que bebía, Andrea sentía un gran temor cuando él empezaba a tomar; algunas veces trató de disuadirlo pero su reacción era igualmente violenta y ofensiva pues la amenazaba e insultaba, por lo tanto, Andrea desistió y prefería quedarse callada cuando él empezaba a beber para evitar discusiones.

En una ocasión, Andrea le pidió el divorcio y Ramiro respondió de manera agresiva, insultándola y acusándola de adulterio, le dijo que jamás le daría el divorcio; él es abogado y con frecuencia la amenaza diciéndole que tiene contactos en el gobierno que podrían ayudarle a despojarla del patrimonio familiar e incluso meterla a la cárcel si persiste en querer separarse de él. Ante estas amenazas, Andrea no responde, se queda callada y cede a las exigencias de su esposo por temor a las represalias.

Comentó que mientras sus hijos eran pequeños trataba de que no se dieran cuenta de la situación, pero cuando crecieron fue imposible ocultarles el problema de consumo de su papá y sobre todo, fue imposible ocultar las agresiones ya que Ramiro se volvió agresivo con sus hijos cuando trataban de defenderla. En diferentes ocasiones tanto Alfredo como Ernesto trataron de

convencerla para que lo internara en una granja de Alcohólicos Anónimos, pero ella se negó a hacerlo por miedo a la reacción de su esposo una vez que saliera del anexo.

Recuerda que a partir de la intervención de su hijo menor, Ramiro dejó de golpearla hace aproximadamente 10 años, sin embargo, los insultos y las amenazas no han cesado, y fue justamente un enfrentamiento con sus hijos lo que facilitó la búsqueda de ayuda. Respecto a este evento, comentó que hace 2 semanas Ramiro llegó ebrio a su casa, gritando e insultando a Andrea, sus dos hijos entraron a la habitación donde estaban para defenderla y esto hizo enojar aún más a Ramiro quien intentó golpearla. Fue en ese momento cuando ambos hijos decidieron que era necesario internarlo a pesar de la negativa de Andrea. Llamaron por teléfono a la policía y lo llevaron a una clínica de rehabilitación donde permanecerá internado durante dos meses.

Ernesto insistió para que Andrea viniera con él a la Ciudad de México temiendo que Ramiro pueda escapar de la clínica y la ataque nuevamente. Acudió al CSP porque vio un cartel del *Programa de Autocambio Dirigido* y pensó que podrían encontrar ayuda para su madre.

Andrea comentó que el consumo de su esposo y su forma de ser han afectado a sus hijos porque ambos son muy retraídos; Ernesto le ha dicho que odia a su padre y decidió venir al D.F. a estudiar para no estar cerca de él. Alfredo por su parte, pasa muy poco tiempo en su casa y a pesar de que también le ha dicho que no quiere a su papá, trata de mantener las cosas en calma por que Ramiro lo ha amenazado con quitarle el apoyo económico.

A pesar de que Andrea considera que venir a la Ciudad de México no fue la mejor decisión, está dispuesta a hacer un esfuerzo y continuar en el programa de intervención porque no se siente bien, tiene miedo todo el tiempo y piensa que ha fracasado como madre ya que sus hijos no quieren a su padre.

Señaló que en el programa espera encontrar un apoyo para salir de sus problemas y entender por qué Ramiro se comporta de esta manera, quiere saber por qué se siente tan mal y qué puede hacer para evitar discutir con su esposo y ayudarlo a dejar de beber.

Se le aclaró que el objetivo de la intervención no consiste en lograr que su esposo deje de beber, sino en analizar la manera en que ella ha respondido al consumo para buscar otras formas más benéficas y lograr un mejor nivel de bienestar a pesar de que su esposo no esté dispuesto a

someterse a un tratamiento. Andrea aceptó que estos fueran los objetivos y se comprometió a regresar la semana siguiente para continuar con el programa. Para finalizar la sesión, completó los cuestionarios que se le proporcionaron.

En esta primera sesión se cumplieron diferentes objetivos: 1) se obtuvo información detallada sobre el problema de consumo y su repercusión en la vida familiar, 2) se identificó la violencia relacionada con el consumo de alcohol como un problema substancial, 3) se plantearon los objetivos generales de la intervención y 4) se realizó una evaluación del estado general de Andrea a través de la aplicación de la Escala de Síntomas y el Cuestionario de Enfrentamientos

IV. 3. SESIÓN 2. EXPLORACIÓN DE LAS FORMAS DE ENFRENTAMIENTO Y FUENTES DE APOYO SOCIAL

El objetivo de esta sesión fue profundizar aún más en las diferentes formas en que Andrea y sus hijos han hecho frente al consumo de su esposo así como explorar la naturaleza de las fuentes de apoyo disponibles

Andrea se presentó puntualmente a la cita, en esta ocasión no la acompañó su hijo. Al inicio de la sesión comentó sentirse mejor en comparación con la semana anterior, más tranquila porque había tenido la oportunidad de hablar por teléfono con el director de la escuela donde trabaja, quien se mostró comprensivo y se ofreció a apresurar los trámites para otorgarle una incapacidad médica. Sin embargo, aún estaba preocupada por la salud de su esposo ya que no tenía ninguna noticia sobre él y pensaba que sus hijos le estaban ocultando algo.

Señaló que ha tratado de ser paciente y comprensiva con él puesto que ella es una persona muy religiosa y piensa que debe ser compasiva porque él está “*enfermo*”. Dijo que la religión católica enseña a sus seguidores a resignarse y aceptar los hechos de la vida como el resultado de la voluntad de Dios, por lo que ella ha soportado las agresiones y el consumo de alcohol de su esposo en un intento por ser una buena cristiana.

Comentó que a pesar de que le ha pedido el divorcio a su esposo, no está convencida de que esto sea la mejor solución porque piensa que aún separados Ramiro seguiría hostigándola, y

además, cree que el matrimonio debe durar para siempre a pesar de los problemas que pueda tener con su pareja. Señaló que cuando sugirió la separación estaba desesperada, pero ahora piensa que no sería correcto ni cristiano dejar a su esposo.

Andrea dijo que la mayoría de las veces trata de no responder a los insultos de su esposo y prefiere atenderlo cuando llega ebrio o comprarle más alcohol cuando él se lo pide porque así se evita problemas mayores, algunas veces ha esperado al día siguiente para hablar con él y pedirle que ya no beba porque está afectando su salud y la salud de sus hijos. Ramiro responde a esto de manera sarcástica diciendo que él hace lo que quiere, y que si a ella no le gusta su forma de ser "*tiene dos trabajos*" porque nunca le va a permitir dejarlo. Debido a que esto no ha dado buenos resultados, ella prefiere no decirle nada para no dar pie a que la vuelva a insultar.

Hace aproximadamente cinco años trató de dejarlo, mientras él estaba dormido ella tomó una maleta y se fue a casa de una sobrina, pero dos horas más tarde Ramiro llegó a buscarla, gritando y golpeando la puerta para obligarla a salir. Su sobrina trató de hablar con él pero Ramiro intentó golpearla, finalmente Andrea decidió regresar a su casa para que su esposo no siguiera agrediendo a su sobrina.

Mencionó que su única preocupación ha sido que sus hijos crezcan en un ambiente familiar, que ella ha tratado de que Alfredo y Ernesto quieran y respeten a su padre a pesar de todo y se siente frustrada cuando ve que ellos no lo quieren y lo confrontan. En su opinión, Ramiro es una persona muy inteligente que ha podido mantenerlos juntos a pesar de las dificultades debido a que "*sabe cómo hablar*" y cuando se da cuenta que sus hijos y ella están planeando internarlo o pedir ayuda, los convence de que va a cambiar y de que los problemas no son tan graves, además les da dinero y se muestra amable y comprensivo. Sin embargo mantiene esta actitud únicamente durante una o dos semanas y empieza a beber nuevamente.

Andrea dijo que sus hijos están dispuestos a enfrentar a su padre si es necesario con tal de que ella lo deje, le han dicho que todo depende de ella, pero el miedo y su sentido religioso le han impedido tomar una decisión definitiva. No obstante, comentó que con el dinero que ha ahorrado está construyendo una casa que estará terminada próximamente y que le gustaría irse a vivir a esa nueva casa con su hijo y alejarse de Ramiro si no deja de beber cuando concluya el tratamiento que esta recibiendo actualmente.

Al preguntarle sobre las fuentes de apoyo con las que cuenta, respondió que no tiene a nadie más que a sus hijos pues Ramiro le prohíbe visitar a sus hermanos que viven en otra ciudad del mismo estado, tampoco tiene amigas y se ha mantenido alejada de su sobrina a partir de que Ramiro fue a buscarla a su casa.

Sus compañeras de trabajo están enteradas de los problemas familiares y de la violencia que sufre por parte de Ramiro porque él ha ido a buscarla a la escuela para amenazarla y gritarle sin importarle quienes están presentes; ellas le han ofrecido ayuda pero Andrea la ha rechazado porque le da pena y prefiere que se mantengan al margen por temor a que su esposo las agrede también a ellas.

Mencionó también que nunca antes había pedido ayuda, que alguna vez trató de incorporarse a un grupo de autoayuda (Al-Anon) pero su esposo le prohibió asistir diciéndole que "*eran ridiculeces*" y que nadie debía enterarse de sus problemas. La única persona con la que había hablado de sus problemas es el sacerdote con el que se confiesa regularmente, él le ha dicho que debe conformarse ya que Ramiro es el hombre que ella eligió como compañero, que él la necesita para dejar de beber y que debe rezar por él para que pueda recuperarse.

Apuntó que siempre ha hecho caso de las amenazas de Ramiro porque siente que podría cumplirlas, pero que después de haber pasado unos días lejos de él, piensa que las cosas no pueden ser igual que antes, sobre todo porque durante los días que ha pasado con su hijo Ernesto se ha dado cuenta de que está muy afectado por los problemas familiares ya que es un joven muy retraído, casi no tiene amigos, está muy preocupado por ella y guarda mucho rencor hacia su padre. Para finalizar, dijo que está dispuesta a intentarlo sólo por sus hijos.

La información proporcionada por Andrea en esta segunda sesión, permite identificar un patrón de enfrentamiento en el que predomina la tolerancia y la inacción ante un patrón de consumo excesivo, acompañado de violencia verbal, psicológica y física. Asimismo, las barreras para la obtención de apoyo son claras, siendo la más importante el temor a la violencia de Ramiro.

IV. 4. SESIÓN 3. ANÁLISIS DE LAS FORMAS DE ENFRENTAR

En la primera parte de esta sesión, Andrea comentó que había recibido noticias de su trabajo y que tenía que regresar a la escuela la semana siguiente porque su permiso ya había terminado, pero que podría regresar al CSP dos semanas después. Esto implicaría viajar durante la noche anterior a la cita y regresar a su ciudad inmediatamente después de terminar la sesión de orientación para poder llegar a tiempo a trabajar. Al respecto dijo que a pesar de que esto representaba un gran esfuerzo, estaba dispuesta a realizarlo ya que se sentía muy bien a partir de su asistencia al CSP y no quería interrumpir el programa.

En esta sesión se llevó a cabo el análisis de las ventajas y desventajas de cada una de las formas de enfrentar el consumo. Para este fin, se le explicó a Andrea que el enfrentamiento consiste en las diferentes acciones que realiza una persona frente a un problema, en su caso específico el problema es el consumo de alcohol de Ramiro. Se le explicó también que ninguna de estas formas de enfrentar es buena o mala por sí misma, pero que hay algunas que pueden dar mejores resultados que otras dependiendo de las condiciones particulares de cada caso ya que existen diversos factores que entran juego tales como la personalidad de cada individuo, los recursos y fuentes de apoyo con los que cuenta, así como las características del usuario y de su consumo.

Se le indicó también que el objetivo del análisis era identificar otras opciones para enfrentar que posiblemente ella no había considerado, para finalmente estructurar un plan de acción teniendo en cuenta las posibilidades reales de que pudiera llevarlo a cabo sin poner en peligro su integridad ni la de sus hijos.

Para el análisis de las formas de enfrentamiento se emplearon las láminas que integran el anexo 6 de este documento, se leyeron en voz alta una por una, se le pidió que reflexionara si había reaccionado de esa forma y que diera ejemplos específicos de cada caso especificando los resultados obtenidos.

En opinión de Andrea, las formas de enfrentar que ha empleado han sido fundamentalmente de tolerancia e inacción debido al gran temor que Ramiro le ha creado a través del uso de la violencia; considera que los resultados que ha obtenido no han sido positivos porque

los problemas siguen estando ahí, Ramiro sigue bebiendo e insultándola a pesar de que ella trata de no provocarlo y complacerlo en todo. Reconoce que en esta forma de conducirse hay también algunos elementos de evitación porque prefiere mantenerse alejada de su esposo cuando él llega ebrio pero esto tampoco ha sido de utilidad porque él la sigue por todas partes y busca la ocasión para iniciar discusiones con ella.

En relación con el enfrentamiento emocional, comentó que lo ha empleado pocas veces con resultados poco favorecedores pues cuando ha tratado de reclamar, defenderse o cuando ha intentado dejarlo, la violencia de Ramiro es aún más severa y la ha dirigido contra otros familiares, entre ellos sus hijos y su sobrina, por lo tanto considera que le ha traído más desventajas que ventajas.

Andrea ha empleado algunas estrategias para controlar el consumo de Ramiro sólo cuando bebe en casa y ya está muy borracho, por ejemplo, tirando la bebida, sin embargo esto algunas veces resulta ser contraproducente porque si él se da cuenta, se enoja y la insulta, por lo que ella prefiere dejar que tome.

Durante los cortos periodos en los que Ramiro ha cambiado de actitud, Andrea ha aprovechado para hablar con él y decirle que está preocupada por su consumo y le ha ofrecido acompañarlo a un centro de tratamiento, le ha sugerido formar parte de Alcohólicos Anónimos pero él responde que no es necesario y que puede dejar de beber por sí mismo porque no es alcohólico, otras veces le dice que no piensa dejar de beber y que no es asunto suyo. Por lo tanto, piensa que no ha tenido oportunidad de poner en práctica acciones dirigidas a apoyarlo aunque si le ha ofrecido su ayuda y ha intentado hacerle entender que su consumo es un problema muy severo para ella y sus hijos.

Piensa que las estrategias de independencia son las que menos ha empleado porque Ramiro no le permite tener actividades fuera de casa salvo su trabajo. En una ocasión ella estaba interesada en formar parte de un grupo de lectura ya que es una actividad que le gusta mucho, asistió al grupo en un par de ocasiones pero después su esposo le dijo que ya no lo hiciera porque pensaba que lo estaba engañando con otro hombre; tampoco le permitió tomar clases de danza y ante la violencia de sus reacciones, Andrea prefiere obedecerlo y permanecer en casa después de trabajar.

Dijo que el no poder participar en estas actividades es algo que lamenta mucho pues considera que tiene habilidades como escritora y le gustaría que alguien más le diera su opinión sobre los textos y cuentos que ha escrito. Mencionó también que durante el tiempo que ha pasado en la Ciudad de México con su hijo se ha dado cuenta de que en realidad podría hacer muchas cosas con su tiempo libre pero que el miedo que siempre le ha tenido a su esposo la ha limitado, ahora está dispuesta a intentar recuperar las cosas que le dan satisfacción aunque no está segura de que pueda enfrentar a su esposo.

Hacia el final de la sesión Andrea dijo sentirse más tranquila y haber entendido por qué las cosas habían llegado a ese punto. Sus reflexiones demostraban una cierta ambivalencia pues por una parte decía estar dispuesta a intentar nuevas estrategias, como buscar actividades que permitieran su desarrollo personal, pero por otro lado, siente un gran temor de la reacción de Ramiro y piensa que un cambio radical no es posible sobre todo porque el sacerdote que la aconseja le ha dicho que debe ser obediente. Piensa que divorciarse y dejar a su esposo va totalmente en contra de sus principios religiosos y al mismo tiempo, está cansada de vivir siempre atemorizada.

Para concluir la sesión, se le pidió que profundizara en este análisis y que tratara de imaginar qué le gustaría que pasara una vez que su esposo saliera de la clínica y qué podría hacer ella para que esto ocurra.

Los objetivos que se plantearon al principio de esta sesión se cubrieron cabalmente, esto fue evidente en tanto que Andrea fue capaz de identificar las formas predominantes en las que ha enfrentado el consumo de su esposo y reconocer sus desventajas. De la misma forma, reconoció otras alternativas y evaluó la probabilidad de ponerlas en práctica en el futuro próximo teniendo en cuenta los posibles resultados y los riesgos que esto implicaría.

IV. 5. SESIÓN 4. ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

A partir de la información recopilada con anterioridad, se planteó como meta de esta sesión la estructuración de un plan de acción que sirva como guía para la negociación y el establecimiento de una nueva forma de relacionarse con Ramiro.

En esta ocasión Andrea se veía cansada porque no había dormido debido al viaje que tuvo que realizar para llegar puntualmente a la sesión, sin embargo, dijo estar muy entusiasmada porque durante la semana que había transcurrido había hablado con su hijo Alfredo respecto al futuro, y habían decidido que tendrían una plática familiar cuando Ramiro termine el tratamiento para llegar a nuevos acuerdos respecto a lo que esperan de él.

Se le indicó que esta decisión representa un paso importante en la elaboración de un plan de acción y que debía especificarlo y desglosarlo aún más para estar preparada para el momento en que sostenga dicha plática con su esposo y sus hijos. Se le pidió que explicara con mayor detalle qué es lo que ella espera y cómo cree que podría plantear sus peticiones.

Entre las cosas que Andrea desea decirle a su esposo destaca el hecho de que quiere darle la oportunidad de recuperarse y estar a su lado en ese proceso siempre y cuando él se muestre comprometido con su rehabilitación y acuda a un grupo de autoayuda o a terapia psicológica. Por otra parte dijo que no está dispuesta a soportar sus agresiones y que podría dejarlo e incluso pedir el divorcio necesario de continuar el consumo y la violencia.

Se le cuestionó sobre las posibilidades reales que tiene si decide dejar definitivamente a su esposo, ella respondió que vivir sin su marido no sería difícil ya que tiene un buen trabajo y está por concluir la construcción de una casa que está a nombre de sus hijos por lo que Ramiro no podría despojarla de estos bienes a pesar de sus amenazas. Piensa que la posibilidad de que su esposo la siga y la moleste aún separados es altamente probable, pero cree que podría obtener protección legal a través de instituciones como el DIF o la policía.

Se le pidió que reflexionara sobre las posibles consecuencias de su decisión, al respecto, mencionó que el costo de no sostener dicha plática con su esposo sería que las cosas volvieran a ser igual que siempre, es decir, que una vez fuera de la clínica Ramiro empezara a beber y a ser violento con ella nuevamente; en cambio, al hablar con él podría hacerle saber que ella había tenido la oportunidad de ver las cosas desde otro punto de vista, ofrecerle su ayuda y aclararle lo que ella espera de él y de sus hijos. Comentó que sólo podrá lograr esto con el apoyo de sus hijos y que hablará con Ramiro únicamente si ellos están presentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otra parte, en caso de que la separación sea necesaria, cree que el costo principal sería el hostigamiento por parte de su esposo pero piensa que esto puede suceder si sus hijos la apoyan como le han ofrecido.

Piensa que a lo largo de toda su vida le ha hecho falta valor para enfrentar a su esposo, pero el ver sufrir a sus hijos le ha permitido cambiar su visión de las cosas a pesar de los consejos del sacerdote. Considera que probablemente esta falta de fortaleza se debe a que fue víctima de abuso sexual durante su infancia y que esto fue un evento que marcó su vida ya que nunca habló de esto con nadie, al principio porque no entendía lo que le había pasado, más tarde por temor a que no le creyeran y finalmente por vergüenza.

Ante esta situación, se le planteó la posibilidad de asistir a un programa de atención víctimas de violencia sexual en el CSP; Andrea aceptó la propuesta pero insistió en que su hijo no debería enterarse de ese problema². Dijo sentirse un poco inquieta porque no sabía qué esperar de la terapia grupal pues le daba pena hablar sobre ese tema. Se le informó que primero tendría que asistir a una sesión de información donde se daría cuenta que las participantes habían pasado por experiencias similares a la suya por lo que podrían entender lo que ella siente.

Para concluir la sesión, se revisaron nuevamente los elementos que se identificaron para la elaboración del plan de acción. A petición de la entrevistada, los pasos de dicho plan se desarrollaron tomando en cuenta que ella desea permanecer con su esposo para ayudarlo a recuperarse y que sólo en el caso de que él vuelva a beber considerará la posibilidad de separarse de él definitivamente.

Así, se planteó como objetivo del plan de acción lograr un acuerdo con Ramiro en el que él pueda contar con el apoyo de su esposa para continuar el tratamiento y al mismo tiempo, que le permita a Andrea involucrarse en actividades culturales y/o recreativas que le ayuden a romper el aislamiento en el que ha vivido durante años.

Andrea planteó como primer paso el sostener una conversación con sus hijos para explicarles cuales son sus objetivos y como piensa lograrlos con el fin de que ellos la apoyen en

² Desde la primera sesión se garantizó la confidencialidad de la información, no obstante, existía la posibilidad de que su hijo se enterara porque la única forma de informarle sobre los diferentes horarios de atención del grupo de apoyo era a través de él.

esta tarea una vez que Ramiro abandone la clínica. El siguiente paso será hablar con su esposo acerca de sus planes, ella confía en que esta plática tendrá lugar próximamente y sin inconvenientes pues su hijo mayor visitó a su padre recientemente y lo encontró convencido de que es necesario dejar de beber y con una actitud positiva en cuanto al futuro

A este respecto, se aclaró que la disposición de Ramiro puede ser genuina en este momento debido a los sucesos que tuvieron lugar antes del internamiento y debido al tratamiento que ha recibido, pero que su actitud puede cambiar en las semanas siguientes por lo que tanto ella como sus hijos deben hacer un esfuerzo constante por mantener las reglas y acuerdos a los que lleguen, a pesar de que al principio observen una mejoría en la conducta de Ramiro.

Los aspectos que piensa abordar en esta plática incluyen: 1) ofrecer su apoyo para continuar el tratamiento; 2) plantear sus expectativas respecto a la relación con su esposo, ella espera que en lo sucesivo no la insulte ni la amenace; 3) negociar la posibilidad de iniciar alguna actividad cultural o recreativa, para ello, Andrea debe investigar las opciones disponibles en su ciudad para elaborar una propuesta concreta; 4) insistir en su deseo de apoyar a Ramiro en su rehabilitación y plantear la posibilidad de iniciar un proceso terapéutico individual o de pareja para facilitar esta labor.

De esta forma, el plan de acción que se planteó está orientado a emplear estrategias de apoyo al usuario, asertividad e independencia en oposición a la tolerancia e inacción. Andrea considera que la probabilidad de ponerlas en práctica es muy alta dado que Ramiro expresó a su hijo su deseo de cambiar y establecer relaciones más armónicas con su familia.

Al desarrollar un plan de acción detallado se cumplió el objetivo planteado al inicio de la sesión, además, en esta reunión con Andrea se cubrió un paso muy importante del programa de intervención que consiste en identificar otros problemas familiares o personales para canalizarlos posteriormente a instituciones especializadas, en este caso, el problema identificado fue el abuso sexual.

Se programó la siguiente sesión dos semanas más tarde pues resulta muy complicado realizar el viaje a la Ciudad de México cada semana, además, se estableció este lapso con el fin de dar tiempo suficiente a que Andrea pueda poner en práctica el plan de acción. Asimismo,

durante ese periodo de tiempo la orientadora podrá buscar instituciones y/o profesionales en el estado de Veracruz donde Andrea pueda continuar recibiendo atención psicológica en el futuro.

IV. 6. SESIÓN 5. CIERRE

En esta última sesión de orientación el objetivo fue examinar la puesta en práctica del plan de acción estructurado en la sesión previa, para ello, Andrea describió la plática que sostuvo con su esposo una vez que él abandonó la clínica donde se encontraba internado. Mencionó que tal como lo esperaba la actitud de Ramiro fue muy positiva al inicio, casi sumisa y aceptó todas las condiciones de Andrea respecto al tratamiento y la posibilidad de que ella realice otras actividades. Sin embargo, una semana más tarde, aún cuando se ha mantenido sobrio, ha vuelto a las agresiones contra su esposa y sus hijos.

No obstante, Andrea dice que esta vez no tiene miedo y esta convencida de que debe mantenerse firme en sus decisiones aún cuando Ramiro no esté de acuerdo. Dice que al principio su esposo estuvo de acuerdo en que ella recibiera atención psicológica, pero después del primer enfrentamiento cambió de opinión y le dijo que los psicólogos sólo sirven *“para lavar el cerebro, mira, ya te volviste muy responsable”*, refiriéndose a que ella ya no se queda callada y trata de defender sus derechos y hacer respetar los acuerdos a los que habían llegado.

Andrea dice que se siente muy bien, muy tranquila y satisfecha con los resultados de la plática que sostuvo con su esposo a pesar de que él ha cambiado de opinión, porque por primera vez fue capaz de decirle las cosas que no le gustan y hacerle saber el dolor que le ha causado y cuán preocupada está por su salud.

Dijo que hasta el momento ella ha tratado de ser consistente con las metas que se planteó inicialmente, es decir, mantenerse al lado de Ramiro y apoyarlo, pero que dada la actitud de su esposo, no ha descartado del todo la posibilidad de separarse de él. La construcción de la nueva casa aún está en marcha y está por concluir, esto le da mucha calma y la certeza de que tendrá un lugar a donde ir si llega el momento de separarse. Además, ya ha discutido esta posibilidad con sus hijos y ellos están de acuerdo con ella.

Comentó que su regreso al trabajo ha sido muy benéfico para ella porque se mantiene ocupada y se siente útil. Sus compañeros de trabajo y el director de la escuela le han dicho que se ve mejor y le han ofrecido su ayuda para cubrir sus horarios en caso de que ella decida continuar el tratamiento psicológico en la Ciudad de México.

Como se había acordado en la sesión anterior, se le informó sobre dos instancias a las que podría recurrir en su ciudad para recibir atención psicológica, una de ellas es una institución dedicada a apoyar a mujeres víctimas de violencia y la otra es una psicóloga que ofrece sus servicios de manera privada y que tiene experiencia en la atención de mujeres.

Para finalizar, se hizo una comparación entre situación que había descrito en las primeras sesiones y el estado en el que ahora se encuentra, destacando los esfuerzos que ella misma había realizado a lo largo de todo el proceso de orientación así como el hecho de que había logrado cumplir la meta de hablar con su esposo y sus hijos, y negociar un proyecto a corto plazo con ellos.

Se reiteró asimismo la disponibilidad de la orientadora para continuar el contacto en caso de requerir sesiones adicionales y se le recordó que sería necesaria una sesión de seguimiento tres meses más tarde para dar continuidad a su caso y establecer nuevas prioridades. Se acordó mantener la comunicación por vía telefónica o bien, a través de su hijo Ernesto.

Para concluir la sesión, Andrea completó un cuestionario en el que se indaga qué tan satisfecha está con la atención recibida y que cambios ha observado a partir de su participación en el programa (ver anexo 5).

IV. 7. SEGUIMIENTO

El seguimiento se realizó 3 meses después de haber concluido la intervención. Para la segunda aplicación de los instrumentos fue necesario enviar los cuestionarios con el hijo de Andrea ya que ella no podía asistir al CSP por cuestiones de trabajo, sin embargo, a pesar de estos inconvenientes hubo buena disposición de su parte para seguir colaborando y proporcionar la información que se le solicitó

Ernesto informó que su madre había dejado de asistir al grupo de apoyo porque resultaba muy complicado hacer el viaje cada dos semanas pero que estaba muy tranquila y aparentemente, ya había contactado a una psicóloga en la ciudad donde reside.

También informó que su padre no había consumido alcohol y que a pesar de ser una persona “difícil” la relación entre ellos había mejorado ya que Ramiro hacía esfuerzos por no enojarse, también dijo *“como sabe que mi mamá se puede ir en cualquier momento, está tratando de portarse bien con ella, porque le conviene”*.

Ernesto por su parte, trataba de visitarla cada fin de semana para asegurarse de que las cosas marcharan bien y mencionó que si surgía algún problema, traería a su madre a vivir con él por un tiempo ya que esto les había dado buenos resultados la vez anterior.

IV. 8. ANÁLISIS DEL CASO

En las páginas precedentes se describió el proceso que se siguió con la esposa de un usuario de alcohol con el fin de ejemplificar la aplicación de cada uno de los pasos que integran el modelo de intervención: recopilación de información, identificación y análisis de las formas de enfrentar, identificación de fuentes de apoyo, elaboración de un plan de acción y canalización a otras fuentes de atención.

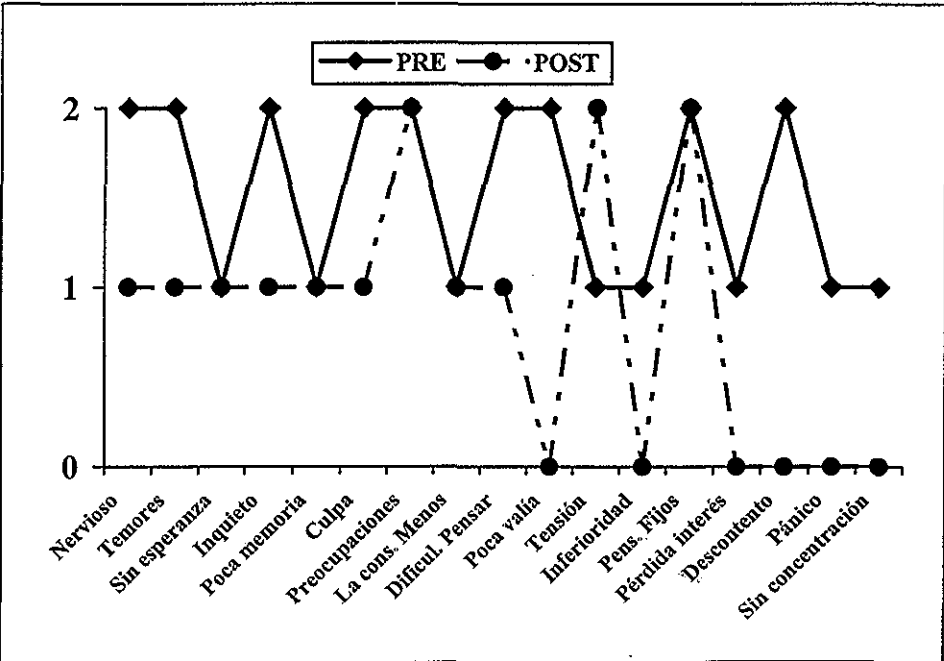
En el relato de Andrea fue posible determinar como problema principal el consumo excesivo de su esposo así como la conducta violenta que exhibe aún sin beber. El análisis preliminar de las formas de enfrentar reveló un patrón de enfrentamiento con una marcada tendencia a la tolerancia y la inacción, por otra parte, se observó una gran dificultad para acceder a fuentes de apoyo externas debido a un aislamiento impuesto por Ramiro a través de la violencia física y verbal.

La intervención concluyó con la estructuración y puesta en marcha de un plan de acción cuyo objetivo consistió en establecer nuevos lineamientos para la relación entre Andrea y su esposo rescatando elementos que caracterizan a las formas de enfrentar confrontativa o asertiva, de apoyo al usuario y de independencia

Los pasos de este plan de acción fueron los siguientes: 1) ofrecer apoyo a Ramiro para continuar el tratamiento; 2) plantear sus expectativas respecto a la relación con su esposo, ella espera que en lo sucesivo no la insulte ni la amenace; 3) negociar la posibilidad de iniciar alguna actividad cultural o recreativa, 4) insistir en su deseo de apoyar a Ramiro en su rehabilitación y plantear la posibilidad de iniciar un proceso terapéutico individual o de pareja para facilitar esta labor.

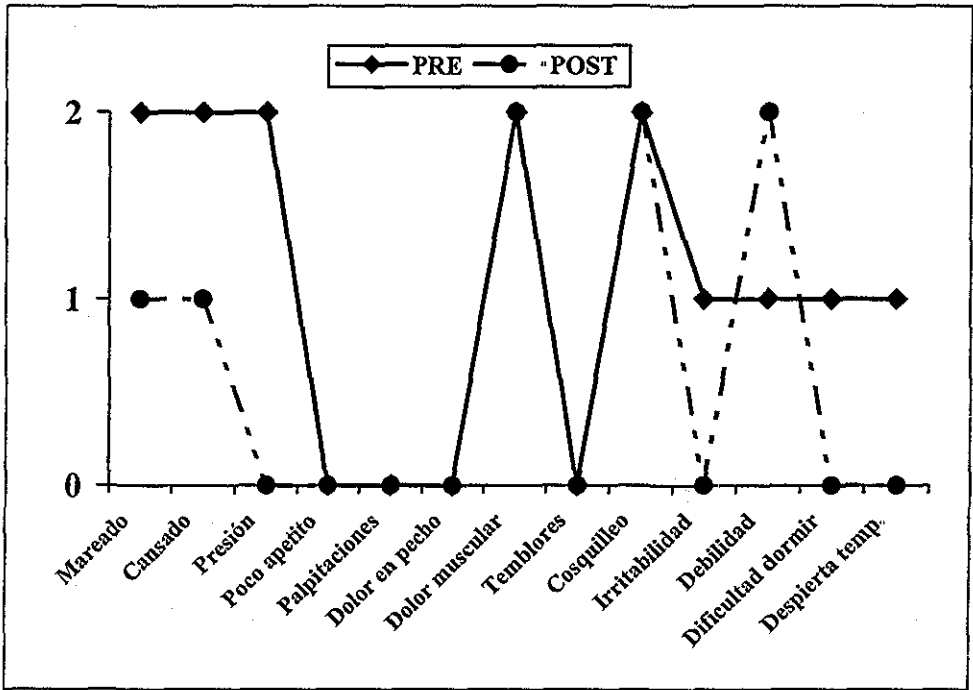
Tanto el reporte verbal de Andrea como los datos recopilados a través de los cuestionarios aplicados demuestran que hubo cambios tanto en el malestar percibido como en las formas de enfrentar. Los resultados de la Escala de Síntomas muestran que hubo una disminución en el número de síntomas físicos y psicológicos reportados así como en la frecuencia con que éstos se experimentan (ver figuras 7 y 8)

FIGURA 7. SUBESCALA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

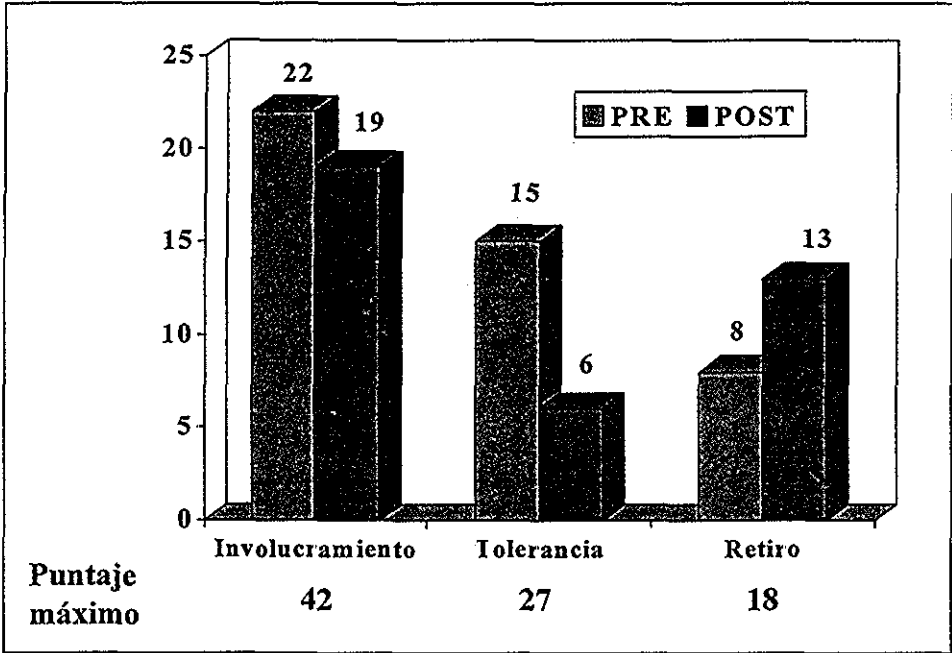
FIGURA 8. SUBESCALA DE SÍNTOMAS FÍSICOS



En cuanto a las formas de enfrentar, también se observan cambios en relación con los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas (ver figura 9) que sugieren la adopción de una posición de retirada frente al usuario. Cabe señalar que el decremento en el puntaje en la subescala de tolerancia puede deberse a que en el momento en que se realizó la segunda aplicación del cuestionario, Ramiro no estaba bebiendo por lo que algunas de las conductas que caracterizan a la posición de tolerancia tales como cuidar al usuario mientras está ebrio, o darle dinero para comprar bebidas, resultaban inoperantes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 9. FORMAS DE ENFRENTAR ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN



La mejoría de Andrea pudo observarse también durante las 5 sesiones de orientación; en la primera sesión el malestar era notorio, tenía dificultades para respirar y expresar claramente sus ideas, mantenía los ojos cerrados, lloraba con facilidad y se frotaba los ojos y la cara con mucha frecuencia. Hacia el final de la intervención mejoró su aspecto físico, su arreglo personal denotaba más cuidado y la conversación fue más fluida que al principio.

En el cuestionario de satisfacción, Andrea mencionó que acudió al Centro de Servicios Psicológicos a consecuencia de una crisis emocional que sufrió debido al alcoholismo de su esposo, considera que la orientación que recibió fue muy útil y que ha generado cambios en su vida, por ejemplo, ahora siente más seguridad al actuar, ya no se siente deprimida y enfrenta los problemas sin desesperarse.

En su opinión estos cambios son positivos y han sido notorios para otras personas, por ejemplo, su esposo ha hecho comentarios sarcásticos como *“estás muy respondona”*, *“te lavaron el cerebro”*, *“te sientes muy valiente”*. Su hijo por otra parte le ha dicho que se ve más tranquila que cuando la trajeron al Distrito Federal y con más seguridad en su manera de conducirse con su esposo.

De igual forma, considera que han habido cambios en la relación con su esposo pues él ya no tiene las mismas conductas agresivas, ya no grita como antes y sobre todo *“yo ya no me dejo”*. Considera que este cambio también es positivo y también ha sido notorio para su esposo, al respecto, Ramiro le ha dicho que las cosas han cambiado por que él así lo ha querido porque él no necesita terapeutas para cambiar.

Andrea se siente muy satisfecha con la orientación que recibió y obtuvo información que antes no conocía sobre el problema que vive su familia. Piensa que las formas de enfrentar que menos le han servido son la emocional, la evitación y la inacción, en tanto que el enfrentamiento confrontativo o asertivo y el independiente le han sido útiles.

A partir de su participación en el programa decidió buscar ayuda para atender otros problemas (abuso sexual) y en general dijo haber obtenido la orientación que ella esperaba en condiciones adecuadas.

Tanto el reporte de Andrea y su hijo, como los resultados de los cuestionarios empleados sugieren que los cambios observados pueden atribuirse a la intervención, pues ahora tiene más claridad sobre las consecuencias de su forma de enfrentar, y por otra parte, tomó conciencia de la importancia de otros problemas para tomar decisiones respecto al futuro.

Con el fin de constatar la duración de estos resultados positivos sería necesario realizar al menos una sesión adicional de seguimiento, lo que también permitiría a verificar que Andrea efectivamente haya establecido contacto con las instancias de tratamiento sugeridas previamente e identificar si existen otras necesidades que requieran ser atendidas.

IV. 9. HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

A través de la aplicación del modelo de intervención para familiares de usuarios de sustancias se desarrollaron habilidades básicas para la identificación y el manejo de los efectos negativos del consumo de sustancias en la familia, mediante la obtención de información para definir el problema, la planeación de estrategias específicas, el establecimiento de metas terapéuticas para cada sesión, la retroalimentación y la búsqueda de instituciones especializadas para la referencia y canalización de casos.

En cuanto a las competencias terapéuticas, destacan la utilización de elementos de comunicación no verbales, la escucha activa, la adopción de una postura imparcial para prevenir la emisión de juicios de valor y la confrontación, así como la evaluación de riesgos potenciales y la detección de avances y retrocesos en el proceso individual de cada familiar.

V. CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo del presente documento se han descrito las diferentes actividades realizadas para cubrir los objetivos del Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones. En cuanto a la modalidad escolarizada de dicho programa es necesario destacar la importancia de haber interactuado directamente con investigadores de primera línea y tener información actualizada sobre los avances en el estudio de este fenómeno y las particularidades que presenta en nuestro país.

La participación en proyectos de investigación abrió la posibilidad de desarrollar diversas habilidades básicas para la investigación, la prevención primaria y secundaria y el tratamiento de las conductas adictivas y sus consecuencias en la familia.

Mediante la evaluación del modelo de intervención y el contacto directo con quienes sufren esta problemática en el seno familiar, fue posible identificar algunos rasgos colectivistas predominantes en la cultura mexicana, que imprimen características particulares al problema de las adicciones y sus efectos.

De acuerdo con Fijneman, Willemsen, Poortinga, Erelcin, Georgas, et al. (1996) una orientación colectivista está profundamente anclada en los sistemas de valores y normas de un grupo cultural y tiene implicaciones en el terreno conductual. Por ejemplo, en las sociedades colectivistas se valora la seguridad, la obediencia, el sacrificio y en condiciones adversas los individuos se transforman a sí mismos para adaptarse a la situación.

Esta tendencia fue evidente cuando los familiares que tomaron parte en la investigación expresaban su preocupación por lo que podría pasar como consecuencia de hablar abiertamente del problema con personas ajenas a la familia, y el marcado interés por encontrar una forma en la que pudieran modificar la conducta del usuario y reestablecer el orden familiar, en lugar de recuperar un espacio propio y buscar primero el bienestar individual, para posteriormente poder abordar el problema desde otra perspectiva.

No obstante esta aparente limitación, después de haber participado en el modelo de intervención, los familiares lograron poner en marcha un plan de acción con objetivos específicos delimitados por ellos mismos, que los condujo a identificar formas alternativas de abordar el

V. CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo del presente documento se han descrito las diferentes actividades realizadas para cubrir los objetivos del Programa de Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Adicciones. En cuanto a la modalidad escolarizada de dicho programa es necesario destacar la importancia de haber interactuado directamente con investigadores de primera línea y tener información actualizada sobre los avances en el estudio de este fenómeno y las particularidades que presenta en nuestro país.

La participación en proyectos de investigación abrió la posibilidad de desarrollar diversas habilidades básicas para la investigación, la prevención primaria y secundaria y el tratamiento de las conductas adictivas y sus consecuencias en la familia.

Mediante la evaluación del modelo de intervención y el contacto directo con quienes sufren esta problemática en el seno familiar, fue posible identificar algunos rasgos colectivistas predominantes en la cultura mexicana, que imprimen características particulares al problema de las adicciones y sus efectos.

De acuerdo con Fijneman, Willemsen, Poortinga, Erelcin, Georgas, et al. (1996) una orientación colectivista está profundamente anclada en los sistemas de valores y normas de un grupo cultural y tiene implicaciones en el terreno conductual. Por ejemplo, en las sociedades colectivistas se valora la seguridad, la obediencia, el sacrificio y en condiciones adversas los individuos se transforman a sí mismos para adaptarse a la situación.

Esta tendencia fue evidente cuando los familiares que tomaron parte en la investigación expresaban su preocupación por lo que podría pasar como consecuencia de hablar abiertamente del problema con personas ajenas a la familia, y el marcado interés por encontrar una forma en la que pudieran modificar la conducta del usuario y reestablecer el orden familiar, en lugar de recuperar un espacio propio y buscar primero el bienestar individual, para posteriormente poder abordar el problema desde otra perspectiva.

No obstante esta aparente limitación, después de haber participado en el modelo de intervención, los familiares lograron poner en marcha un plan de acción con objetivos específicos delimitados por ellos mismos, que los condujo a identificar formas alternativas de abordar el

problema y lograr cambios en la manera de relacionarse con el usuario. Así lo demuestra el caso de Andrea descrito en el capítulo 4, y los cambios en las formas de enfrentar que se observan al comparar las respuestas al cuestionario de enfrentamientos antes y después de la intervención.

A través de esta experiencia, se adquirieron habilidades para poner en práctica un modelo de intervención potencialmente efectivo para la modificación de las formas de enfrentar el consumo en la familia, el cual resulta ser contracultural en tanto que: a) propone conceptos que difieren de la visión patologizante que ha dominado el terreno de la atención a los familiares de usuarios de sustancias (i. e. Concepto de codependencia), y b) se centra en el bienestar del familiar en lugar de buscar la abstinencia del usuario.

Asimismo, la colaboración en los diferentes componentes del programa de *Autocambio Dirigido para Bebedores Problema* fue fundamental para la adquisición de habilidades terapéuticas, habilidades para la investigación y diseminación de los hallazgos de investigación mediante el desarrollo de manuales de capacitación y manuales de procedimientos.

Esta labor es congruente con las recomendaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana respecto a la importancia de crear nuevas vías para la diseminación de tratamientos empíricamente validados, que al mismo tiempo faciliten el entrenamiento de los profesionales de la salud.

Los resultados de la evaluación del modelo de intervención para familiares también son congruentes con estos lineamientos, en tanto que aportan evidencia sobre su efectividad y aplicabilidad; además, ya se cuenta con un Manual de capacitación que ha sido evaluado en diversos escenarios con resultados muy favorables respecto a su utilidad como material didáctico.

El desarrollo de nuevo material de apoyo para los familiares, que guíe el análisis de las formas de enfrentar, la estructuración del plan de acción y la evaluación de los resultados obtenidos una vez que se ha puesto en marcha, contribuirá sin duda a consolidar el funcionamiento del modelo de intervención y facilitará aún más la labor del orientador en beneficio de quienes sufren esta problemática.

BIBLIOGRAFÍA

- Alden L. E. (1988): Behavioral self-management controlled-drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2): 280-286.
- 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* Vol. 14 (2): 113-127.
- Babor T. F. & Grant M. (1992): Programme on substance abuse: Project on identification and management of alcohol-related problems. World Health Organization.
- Barlow D. (1981): Empirical practice and realistic research: New opportunities for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2):147-155.
- Barlow D. & Hofmann S. (1997): Efficacy and dissemination of psychological treatments. In: Clark D. M. & Fairburn C. G. (eds.) Science and practice of cognitive therapy. Oxford University Press, England UK.
- de Vega M. (1987): Introducción a la psicología cognitiva. Alianza Editorial Mexicana, México.
- Dimeff L. A.; Baer J. S.; Kivlahan D. R. and Marlatt G. A. (1999): Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS). A harm reduction approach Guilford Press NY.
- Echeverría L.; Tiburcio M.; Cerero L.; Lima L. y Ayala H. (2000): Guía de capacitación para profesionales de la salud. Facultad de Psicología, UNAM.
- Echeverría L.; Tiburcio M.; Cerero L.; Lima L. y Ayala H. (2000): Guía de intervención para profesionales de la salud. Facultad de Psicología, UNAM.
- Echeverría L.; Tiburcio M.; Cerero L.; Lima L. y Ayala H. (2000): Guía para el usuario. Facultad de Psicología, UNAM.
- Fijneman Y. A., Willemsen M. E., Poortinga Y. H., Erelcin F. G., Georgas J., Hui C. H., Leung K., Malpass R. S. (1996): Individualism-Collectivism: An Empirical Study of a Conceptual Issue *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27(4):381-402

- Hayes S (1998): Dissemination research now *The Behavior Therapist*, October, 166-169
- Heather N (1995): Brief intervention strategies. In: Hester R. K.; Miller W. R. (eds.): Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. Allyn and Bacon, Needham Heights, Massachusetts, pp. 105-122
- Heather N, Robertson I, MacPherson B., Allsop S & Fulton A. (1987): Effectiveness of a CD self-help manual: One year follow-up results *British Journal of Clinical Psychology*, 26:279-287.
- Hickling E. J. & Blanchard E. B. (1997): The private practice psychologist and manual-based treatments: Posttraumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behav Res Ther*. 35(3):191-203.
- Kazdin A. E. (1984): Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. Ed Manual Moderno, México
- Kellner, R.; Sheffield, B.F. (1973) A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine*, 3,88-100.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York, McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Ed. Martínez Roca, Barcelona, España.
- Lovibond S H. & Caddy G (1970): Discriminative aversive control in the moderation of alcoholics' drinking behavior *Behavior Therapy*, 1:437-444.
- Margolis R. & Zweben J. (1998): Psychologist in the substance abuse field In: Margolis R. & Zweben J (eds.): Treating patients with alcohol and other drug problems. American Psychological Association. Washington D. C. pp 15-39.
- Marlatt G. A (1985): Cognitive factors in the relapse process. In: Marlatt G. A. & Gordon J. R. (eds) Relapse Prevention Guilford Press, NY. pp 128-200
- Medina-Mora, M E (1995): La prevención del abuso de las bebidas alcohólicas y sus consecuencias desde una perspectiva de salud pública. *Psicología y salud*, Número especial, pp. 63-70.

- Miller W R.; Rollnick S. (1991): *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press, New York.
- Mora J.; Natera G.; Andrade P. (1994): Validación de la Escala de Síntomas (Symptom Rating Test) en jóvenes mexicanos, *Salud Mental*, 17(39):15-23.
- Natera G. (1993): La familia ante las adicciones. Análisis conceptual de las estrategias para hacer frente al problema. En: Las Adicciones en México. Hacia un enfoque multidisciplinario. SSA-CONADIC, pp. 79-86.
- Natera G.; Casco M. (1993) Informe de evaluación de la prueba piloto del “Manual de capacitación destinado a los orientadores de prevención de alcohol y drogas en los países Latinoamericanos, para su trabajo de intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares”. Reporte Interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Natera G.; Mora J.; Tiburcio M. (1998): Aspectos estructurales y funcionales del apoyo social en la familia con consumidores de drogas. En: Jiménez G. R (comp.) Familia: Una Construcción Social. Centro Universitario de Estudios para la Familia, Universidad Autónoma de Tlaxcala. pp. 385-412.
- Natera G.; Mora J.; Tiburcio M. (1999): Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*, 22(Número especial):114-120.
- Natera G.; Orford J. (1993): Manual destinado a los orientadores de prevención de alcohol y otras drogas para su intervención y apoyo a las familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares. SSA-CONADIC-IMP. 2ª Edición 1995.
- Natera G.; Orford J.; Tiburcio M.; Mora J. (1998): Prevención del consumo de alcohol y drogas en el trabajador y sus familiares. Manual para el Orientador. OII/OMS/SSA/IMP, México.
- Natera G.; Tiburcio M.; Mora J. (2000): Manual para la prevención del consumo de alcohol y drogas en la familia. Trabajo presentado en la 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México D. F. Junio 5-9.

- Natera G.; Tiburcio M.; Mora J.; Orford J. (1999): La prevención en las familias que sufren por el consumo excesivo de alcohol y drogas de un familiar. *Psicología Iberoamericana*. 7(4):47-54.
- O'Farrel T. & Cowles K. (1995): Marital and family therapy. In: Hester R. K.; Miller W. R. (eds): Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. Allyn and Bacon, Needham Heights, Massachusetts, pp. 183-19.
- Orford J. (1998) The coping perspective. In: Velleman R.; Copello A.; Maslin J (eds): Living with drink. Women who live with problem drinkers. Addison Wesley Longman Ltd United Kingdom. p. 128-149.
- Orford J.; Natera G.; Casco M.; Nava A.; Ollinger E. (1993): Estrategias que utiliza la familia en México frente al uso de alcohol y otras drogas. Metodología para un estudio de viabilidad. SSA-CONADIC.
- Orford J.; Natera G.; Davies J.; Nava A.; Mora J.; Rigby K.; Bradbury C.; Copello A.; Velleman R. (1998): Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21(1):1-13.
- Orford J.; Natera G.; Davies J.; Nava A.; Mora J.; Rigby K.; Bradbury C.; Bowie N.; Copello A.; Velleman R. (1998): Tolerate, engage or withdraw: A study of the structure of family coping in South West England and Mexico City. *Addiction* 93(12):1799-1813.
- Orford J.; Natera G.; Velleman R.; Copello A.; Bowie N.; Bradbury C.; Davies J.; Mora J.; Nava A.; Rigby K.; Tiburcio M. (2001): Ways of coping and the health of relatives facing drugs and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction* 96(5):761-774.
- Orford J.; Rigby K.; Miller I.; Todd A.; Bennet G. & Velleman R. (1992): Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 2:163-183.
- Peralin, L. I y Schooler, C. (1978). The structure of coping *Journal of Health and Social Behavior* Vol. 19, pp. 2-21

- Persons J. (1997): Dissemination of effective methods: Behavior therapy's next challenge. *Behavior Therapy*, 28:465-470
- Prochaska O. J. & DiClemente C. C. (1988): Toward a comprehensive model of change. In: Miller W. & Heather N. (eds.) Treating addictive behaviors. Processes of change. Plenum Press. New York.
- Sanchez-Craig M., Annis H. M., Bornet A. 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(3):390-403.
- Secretaría de Salud (1999): *El consumo de drogas en México Diagnóstico, tendencias y acciones* SSA-CONADIC, México
- Skinner H. (1990): Spectrum of drinkers and intervention opportunities. *Canadian Medical Association Journal*, Vol 143, pp 1054-1059.
- Skutle A. & Berg G (1987): Training in controlled drinking for early-stage problem drinkers. *British Journal of Addictions* 82:493-501.
- Sobell M. B. & Sobell L. C. (1973): Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4:49-72
- Spivack G.; Platt J. J.; Shure M. B (1976): The problem solving approach to adjustment. Jossey Bass, San Francisco CA
- Tiburcio M., Lima M., Natera G. (2000): Preguntas y respuestas acerca del consumo de alcohol. Una guía para prevenir el abuso de alcohol en la familia. Mujeres y Juntos A. C.; INDESOL, IMP, México.
- Walsh R. A.; Sanson-Fisher R. W.; Low A. & Roche A. M. (1999): Teaching medical students alcohol intervention skills: Results of a controlled trial. *Medical Education* 33:559-565.
- Velleman R.; Copello A.; Maslin J (1998): Living with drink. Women who live with problem drinkers. Addison Wesley Longman Ltd United Kingdom.

ANEXOS

ANEXO 1

CURSO-TALLER DE FORMACIÓN DE ORIENTADORES

DURACIÓN: 8 horas

IMPARTIDO POR: Psic. Marcela Tiburcio Sainz

ASESORÍA: Mtra. Guillermina Natera Rey

LUGAR: Instituto Nacional de Psiquiatría

FECHAS: Octubre 13, 20 y 27, Noviembre 8

OBJETIVO: Las actividades que se reportan en el presente informe forman parte de un proyecto de investigación cuyo objetivo principal consiste en la evaluación de la efectividad de un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol o drogas cuyo procedimiento está descrito en el manual titulado *Orientación para las Familias de los Trabajadores* (Natera, Orford, Tiburcio y Mora, 1998).

La función del manual consiste en dotar a los futuros Orientadores con las herramientas elementales que les permitan propiciar la reflexión y ayudar a los familiares a tomar conciencia de que existe la posibilidad de realizar algunas acciones en beneficio propio, a pesar de que el usuario no acepte acudir a tratamiento o niegue tener un problema. A través de la intervención del Orientador, las familias aprenden a identificar y llevar a cabo respuestas más efectivas para disminuir la tensión que sufren.

La evaluación del modelo de intervención consta de dos fases, la primera de ellas consiste en la capacitación de orientadores, en tanto que la segunda implica la aplicación del modelo y la estimación de cambios en las formas de enfrentar de los familiares que puedan atribuirse al modelo de intervención.

PARTICIPANTES: En la capacitación participaron 16 alumnos de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, adscritos al Programa de Alta Exigencia Académica. Los alumnos de este programa colaboran con el “Centro Comunitario Oswaldo Robles” desempeñando diversas funciones de contacto con diferentes comunidades, entre ellas, diagnóstico situacional, identificación de líderes comunitarios, pláticas a padres de familia y alumnos de las escuelas locales, atención de casos especiales, etc. Debido a estas características, se consideró que la participación de este grupo sería sumamente relevante para establecer contacto con familiares de usuarios de alcohol o drogas que no han acudido aún a centros de tratamiento.

PROCEDIMIENTO: El curso-taller se llevó a cabo en cuatro sesiones de dos horas cada una.

Sesión 1. Presentación de los asistentes, explicación de las actividades que desarrollan para el centro “Oswaldo Robles”, se hizo entrega del material de apoyo (Manual para orientadores y folleto para los familiares) y se explicaron los objetivos del proyecto de investigación enfatizando la importancia de la participación de los alumnos en el contacto con los familiares. Se expusieron también los resultados de una investigación transcultural previa de la cual se desprende el modelo de intervención, así como los antecedentes teóricos y metodológicos que justifican el proyecto. Para finalizar esta sesión introductoria se asignó como tarea para realizar en casa la lectura del material de apoyo y la elaboración de un breve informe sobre las actividades específicas que desarrolla cada uno de los equipos en las diferentes comunidades.

Sesión 2. Inició con un ejercicio escrito en que los alumnos debían responder un cuestionario de diez preguntas con base en la información proporcionada en dos viñetas que ilustraban casos reales de familiares de usuarios de alcohol o drogas. La finalidad de este ejercicio fue evaluar el conocimiento adquirido únicamente a través de la lectura del manual en relación a los conceptos y los pasos del modelo. Dado que las preguntas requerían una explicación extensa de la forma en que los orientadores deberían conducir la intervención, la mayor parte del tiempo se invirtió en la ejecución de este trabajo. Posteriormente, se hizo entrega

de los instrumentos³ que los orientadores deben aplicar durante las intervenciones y se explicó la función de los mismos en el proyecto de investigación.

Posteriormente, se dieron algunas indicaciones generales referentes a la forma en que debe organizarse el trabajo de campo, cómo elegir el escenario adecuado para conducir las sesiones y la necesidad de que los orientadores trabajen en pareja dado que uno de ellos fungirá como conductor principal de la sesión en tanto que la otra persona debe tener el papel de observador siendo una de sus responsabilidades principales, registrar el desempeño del orientador con el instrumento específico para este fin. Así mismo, se aclararon algunas dudas en cuanto a los conceptos fundamentales del modelo, las diferencias más importantes entre las distintas formas de enfrentar a las que se hace referencia y otros aspectos generales sobre el curso general de la intervención.

Sesión 3. Se realizaron ejercicios prácticos mediante la técnica de juego de roles; en primer término la asesora del curso ejemplificó el tipo de preguntas que deben plantearse durante la intervención, así como la forma en la que los orientadores deben propiciar la reflexión por parte de los familiares. Posteriormente los alumnos tuvieron la oportunidad de poner en práctica el modelo de intervención realizando juego de roles con dos personas que actuaron como familiares de usuarios de alcohol y/o drogas.

En esta tercera sesión se registró un nivel de asistencia muy bajo por lo que se propuso la necesidad de contar con una cuarta sesión en la que se contara con la participación del resto del grupo.

Sesión 4. Se continuó con los ejercicios prácticos siendo los alumnos que si asistieron a la tercera sesión quienes desarrollaron el papel de familiares y los demás fungieron como orientadores y observadores. Los alumnos recibieron retroalimentación inmediata cuando se consideró que su desempeño difería de las recomendaciones contenidas en el manual. Se hicieron comentarios adicionales al resto del grupo sobre la experiencia de los orientadores y de los familiares durante la realización de este ejercicio

³ Cuestionario de enfrentamiento, Escala de Síntomas (SRI) y lista checable para la evaluación del desempeño de los orientadores

En esta sesión se resaltó nuevamente la importancia de que los alumnos establezcan contacto con los familiares durante el desarrollo de sus actividades en la comunidad y se plantearon algunas sugerencias sobre algunas formas en que se puede invitar a la gente a tomar parte en una intervención de este tipo.

Finalmente los alumnos evaluaron el curso-taller a través de un instrumento específico para este fin pero también tuvieron la oportunidad de comentar y discutir sus impresiones generales con el resto del grupo. Los resultados de esta evaluación están en proceso de análisis por lo que no se incluyen en este informe preliminar.

PLAN DE TRABAJO: Después de participar en el curso-taller de capacitación para orientadores, los alumnos tienen el compromiso de contactar al menos a dos familiares de usuarios de alcohol y/o drogas con el propósito de poner en práctica el modelo de intervención y recabar información que sirva para evaluar la efectividad del mismo. Los alumnos podrán ponerse en contacto con la coordinadora del curso-taller (Marcela Tiburcio) en cualquier momento que lo consideren necesario para aclarar dudas o bien solicitar apoyo durante la intervención.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ENFRENTAMIENTOS

NOMBRE	
---------------	--

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a la manera como la gente puede reaccionar o intentar enfrentarse con alguien de la familia que usa drogas o alcohol. Por favor lea cada pregunta cuidadosamente y marque en el cuadro correspondiente la respuesta que indique si esto es algo que ha hecho usted en los últimos tres meses, de ser así, indique si lo ha hecho solamente una o dos veces, algunas veces o con frecuencia

1= Una o dos veces
2= Algunas veces
3= Con frecuencia

	No.	Sí		
		1	2	3
1. Se ha negado a prestarle dinero o a ayudarlo de otra forma económicamente (regalándole dinero, comprándole alcohol o drogas)				
2. Ha puesto primero los intereses de otros miembros de la familia antes que los de él (ella)				
3. Lo ha cuidado o ayudado, por ejemplo, llevándolo a la cama o limpiándolo si vomita después de haber bebido o consumido drogas				
4. Le ha dado dinero aún sabiendo que lo gastará en bebida o droga				
5. Se ha sentado con él (ella) para platicar francamente sobre lo que podría hacer con su forma de beber o consumir drogas				
6. Ha discutido con él (ella) por su consumo de alcohol o drogas				
7. Le ha insistido sobre su consumo de alcohol o drogas				
8. Se ha escondido, lo (a) evitado o dejado el cuarto cuando ha estado consumiendo drogas o alcohol				
9. Le ha aclarado que su forma de consumir alcohol o drogas le molesta y que tiene que cambiar				
10. Se ha sentido demasiado asustada para hacer algo				
11. Ha tratado de limitar su consumo de alcohol o drogas creando alguna regla, por ejemplo, prohibirle beber dentro de la casa, prohibirle que sus amistades que consumen drogas vengán a su casa o prohibirle salir con ellos.				
12. Ha continuado con sus propios intereses o ha buscado nuevos intereses, o actividades para usted, se ha involucrado en una organización política, religiosa o deportiva.				
13. Lo ha alentado a hacer un juramento o a prometer no beber o no tomar drogas				
14. Se ha sentido desesperado (a) como para hacer algo				
15. Lo (a) ha evitado en lo posible debido a su forma de beber o consumir drogas				
16. Se ha puesto triste o malhumorado con él (ella)				

17. Lo ha cuidado de cerca o lo ha vigilado en cada movimiento que hace				
18. Se ha preocupado únicamente por sus propias cosas o ha actuado como si él (ella) no estuviera ahí				
19. Verdaderamente ha insistido en hablar acerca de su forma de consumir alcohol o drogas (o le ha aclarado que no aceptaría sus razones para beber o servirle de coartada)				
20. Ha hecho amenazas que realmente no tenía intención de cumplir				
21. Le ha aclarado cuales son sus expectativas o lo que debe hacer para contribuir con la familia				
22. Lo ha defendido o apoyado cuando otros lo han criticado				
23. Ha llegado a un estado donde no podía o no quería tomar una decisión				
24. Ha aceptado la situación como una parte de la vida que no puede cambiarse				
25. Lo ha acusado de no amarlo (a) o de haberlo decepcionado (a)				
26. Ha hablado con él (ella) para ayudarlo a resolver la situación económica				
27. Cuando han sucedido cosas como resultado de su forma de beber o consumir drogas ¿ha dado excusas por él (ella) o lo ha encubierto o se ha culpado usted mismo (a)				
28. Ha buscado o escuchado sus bebidas o drogas				
29. Se ha puesto usted por delante consintiéndose o dándose sus propios gustos				
30. Ha tratado de mantener las cosas para que parezcan normales o ha fingido que todo está bien cuando no es así o ha ocultado qué tan grave es el consumo de alcohol o drogas				

GRACIAS POR SU COLABORACION

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE SINTOMAS

NOMBRE

En esta sección deseamos saber como se ha estado sintiendo en los últimos meses. Ponga una marca en la columna cuyo encabezado se adecua mejor a como se ha sentido (Nunca algunas veces, a menudo). Por favor recuerde que esta información será tratada con la más estricta confidencialidad.

	Nunca	Algunas veces	A menudo
1. Mareado o débil			
2. Cansado o sin energía			
3. Nervioso			
4. Sensación de presión o tensión en la cabeza			
5. Con temores o miedos			
6. Con poco apetito			
7. Palpitaciones rápidas o fuertes sin razón aparente			
8. Sentimientos de que no hay esperanza			
9. Inquieto o asustadizo			
10. Con poca memoria			
11. Dolores en el pecho o dificultad al respirar o sensación de no tener suficiente aire			
12. Sentimientos de culpa			
13. Preocupaciones			
14. Dolores musculares o reumatismo			
15. Sentimientos de que la gente me considera menos o piensa mal de mi			
16. Temblores o sacudimientos			
17. Dificultades para pensar claramente o para tomar decisiones			
18. Sentimientos de poca valía o de fracaso			
19. Sentimientos de tensión o como si me hubiesen dado cuerda (como un reloj)			
20. Sentimientos de ser inferior a otras personas			
21. Sensaciones de cosquilleo o adormecimiento en partes de mi cuerpo			
22. Irritabilidad			
23. Con pensamientos que no se pueden quitar de la cabeza			
24. Pérdida de interés en casi todas las cosas			
25. Descontento o deprimido			
26. Ataques de pánico			
27. Sensaciones de debilidad en partes del cuerpo			
28. Sin capacidad de concentración			
29. Dificultad para conciliar el sueño o sueño desasosegado, o pesadillas			
30. Me despierto demasiado temprano y no puedo conciliar el sueño otra vez.			

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO 4

EVALUACION DE LA INTERVENCION

NOMBRE

ORIENTADOR

OBSERVADOR

SESION No. DURACION

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Planteó el objetivo de la sesión con claridad					
Preguntó cuál era el motivo por el que solicitó ayuda					
Exploró los antecedentes de consumo en la familia					
Evaluó el problema del familiar					
Exploró los efectos del consumo en la vida familiar					
Tuvo éxito al centrarse exclusivamente en la problemática del familiar y no en la del usuario					
Exploró las diferentes formas en que el familiar ha enfrentado el problema					
Analizó con el familiar las ventajas y desventajas de las formas de enfrentamiento empleadas					
Resolvió efectivamente las dudas acerca de los efectos de las sustancias					
Recomendó lecturas para obtener información adicional					
Explicó cuales son las principales manifestaciones de tensión familiar					
Identificó los aspectos afectivos en las formas de enfrentamiento reportadas por el familiar					
Mostró una actitud respetuosa durante la sesión					
Garantizó la confidencialidad de la información					
Tuvo éxito al reducir la tensión del familiar					

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Ayudó al familiar a reconocer estados emocionales que antes no identificaba					
Realizó preguntas neutras					
Fue claro y preciso al explicar las diferentes formas de enfrentamiento					
Emitió juicios de valor en relación a las acciones reportadas por el familiar					
Criticó abiertamente al familiar					
Se mostró empático					
La intervención se llevó a cabo en un ambiente de confianza					
Hubo silencios y pausas durante la sesión					
Hubo interrupciones durante la sesión					
Escuchó con atención					
Realizó preguntas breves					
Interrumpió al familiar					
Empleó un tono de voz constante durante la sesión					
Mantuvo el contacto visual con el familiar					
Mantuvo una distancia física adecuada					
Mostró una postura relajada					
Exploró otras áreas problemáticas en la familia					
Permitió la expresión de emociones por parte del familiar					
Motivó al familiar a experimentar formas de enfrentamiento alternativas					
Analizó con el familiar las fuentes de apoyo potenciales					
Refirió al familiar a otro centro de tratamiento					

COMENTARIOS

ANEXO 5

EVALUACION DE LA ORIENTACION

NOMBRE _____

1. ¿Cuál fue el motivo por el que acudió al Centro de Servicios Psicológicos?

2. En general ¿cómo evaluaría la orientación que recibió?

Muy útil 5 4 3 2 1 Nada útil

3. ¿Considera Ud. que ha habido algún cambio en su vida desde que recibió la orientación?

Si ___ No ___

4. ¿Podría especificar en qué consiste ese cambio?

5. En su opinión este cambio ha sido:

Positivo 5 4 3 2 1 Negativo

6. ¿Alguna persona ha notado el cambio?

Si ___ No ___

7. ¿Ha recibido comentarios al respecto?

Si ___ No ___

8. ¿Cuál fue el comentario?

9. ¿Considera Ud. que ha habido algún cambio en su relación con el usuario desde que recibió la orientación?

Si ___ No ___

10. ¿Podría especificar en qué consiste ese cambio?

11 En su opinión este cambio ha sido:

Positivo 5 4 3 2 1 Negativo

12. ¿Alguna persona ha notado el cambio? Si__ No__

13. ¿Ha recibido comentarios al respecto? Si__ No__

14. ¿Cuál fue el comentario?

15. ¿Qué tan satisfecho está con la orientación que recibió?

Muy satisfecho 5 4 3 2 1 Insatisfecho

16.Cuál de las siguientes formas de enfrentar le ha sido más útil:

	Muy útil	Útil	Ni lo uno ni lo otro	Poco útil	Inútil
Emocional					
Evitador					
Inactivo					
Tolerante					
Controlador					
Confrontativo					
Independiente					

17. Durante la orientación ¿recibió información que antes no conocía sobre el problema?

Si__ No__

18. Después de la orientación ¿decidió buscar ayuda para solucionar otro problema?

Si__ No__

19. ¿Recibió información sobre instituciones a las que puede acudir?

Si__ No__

20. En general ¿recibió la orientación que esperaba?

Si__ No__

21. ¿Qué tan satisfecho está con la orientación que recibió?

Muy satisfecho 5 4 3 2 1 Insatisfecho

9/

22 ¿Qué sugeriría para mejorar la orientación?

23. Las condiciones bajo las que se realizó la orientación fueron

Adecuadas 5 4 3 2 1 Inadecuadas

24. Comentarios

GRACIAS POR SU COLABORACION

TEJIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO 6

EMOCIONAL



- Iniciar discusiones con el usuario acerca de su consumo, hacer amenazas que no pretende cumplir.
- Golpear, gritar o retar al usuario
- Acusar al usuario de no amar al familiar o de decepcionarlo

TOLERANTE



- Tratar que las cosas se vean normales, fingiendo que todo está bien cuando no es así
- Negar la existencia del problema
- Darle dinero aún sabiendo que lo gastara en alcohol o drogas
- Atenderlo y cuidarlo cuando esta bajo los efectos de la substancia

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EVITADOR



- Actuar como si el usuario no existiera
- Ser deliberadamente y frío y distante con el usuario
- Pedirle que se vaya de casa
- Alejarse de casa por periodos cortos o largos

CONTROLADOR



- Alentar al usuario a hacer una manda o un juramento
- Tratar de controlar el dinero del usuario
- Pasar mucho tiempo pensando en formas de controlar su consumo
- Tirar el alcohol o las drogas
- Buscar entre las cosas del usuario

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INACTIVO



- No hacer nada por temor a la reacción del usuario
- Mostrarse indiferente
- Aceptar la situación como una parte de la vida que no puede cambiarse

CONFRONTATIVO



- Aclarar al usuario que no está dispuesto a aceptar la situación
- Hablar con el usuario y poner límites firmes
- Hacerle saber que debe modificar su consumo o el familiar lo abandonará o bien el usuario tendrá que irse de casa

APOYADOR



- Platicar tranquilamente con el usuario
- Impulsarlo en la búsqueda de tratamiento
- Hacerlo sentir parte de la familia
- Proporcionarle alternativas de interés incompatibles con el consumo

INDEPENDIENTE



- Preocuparse por sus propias necesidades
- Esforzarse por mantener las rutinas familiares
- No esperar a que el usuario de permisos para salir
- Involucrarse en actividades de interés personal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN